

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Lorraine Seixas Ferreira

Oficinas Psicoterapêuticas em adolescentes com comportamento  
autolesivo:  
uma proposta de intervenção

São Paulo  
2022

Lorraine Seixas Ferreira

Oficinas Psicoterapêuticas em adolescentes com comportamento  
autolesivo:  
uma proposta de intervenção

Versão corrigida

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia  
da Universidade de São Paulo para a obtenção  
do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Leila Salomão de La Plata  
Cury Tardivo

São Paulo  
2022

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE  
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,  
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação  
Biblioteca Dante Moreira Leite  
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo  
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Seixas Ferreira, Loraine

Oficinas Psicoterapêuticas em adolescentes com comportamento autolesivo:  
uma proposta de intervenção / Loraine Seixas Ferreira; orientadora Leila Salomão  
de La Plata Cury Tardivo. -- São Paulo, 2022.

293 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto  
de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2022.

1. Adolescência. 2. Autolesão. 3. Psicoterapia de Grupo. 4. Psicoterapia  
Psicodinâmica. 5. Telepsicologia. I. Salomão de La Plata Cury Tardivo, Leila ,  
orient. II. Título.

Nome: Loraine Seixas Ferreira  
Título: Oficinas Psicoterapêuticas em adolescentes com comportamento autolesivo: uma proposta de intervenção

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da  
Universidade de São Paulo para a obtenção do título de  
Doutor em Ciências.

Aprovado em: 20/06/2022

Banca Examinadora

Profª Drª. Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Instituição Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - IPUSP

Julgamento *Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo*

Profª Drª. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_

Julgamento \_\_\_\_\_

Profª Drª. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_

Julgamento \_\_\_\_\_

Profª Drª. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_

Julgamento \_\_\_\_\_

Profª Drª. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_

Julgamento \_\_\_\_\_

Profª Drª. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_

Julgamento \_\_\_\_\_

Dedico este trabalho à minha mãe, Alice e  
aos meus avós (*in memoriam*), Jacira e Manuel.

A eles, minha eterna gratidão.

## AGRADECIMENTOS

A construção desta pesquisa foi realizada durante quatro anos de muito trabalho, estudo, dedicação e preocupações que me prepararam para uma nova fase. Com esta tese, mais uma etapa da minha vida profissional e pessoal se conclui, mas jamais conseguiria esta conquista sozinha. Muitos fizeram parte desta trajetória!

Início agradecendo à minha orientadora, mãe acadêmica, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. Neste espaço, não cabe a admiração e carinho que tenho por ela, que, mesmo sem me conhecer, confiou em mim em 2012 e aceitou ser minha orientadora de mestrado e, desde então, seguimos trabalhando. Minha profunda gratidão ao apoio sempre presente, a todo o aprendizado que me proporcionou, as orientações, as oportunidades e os auxílios para o meu desenvolvimento como pesquisadora, docente, psicóloga e pessoal.

Agradeço também, de modo especial, à Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Helena Rinaldi Rosa, minha primeira mentora. Agradeço todo o carinho e preocupação desde a graduação na UNESP, em Assis/SP, as orientações ao longo desses 15 anos, o suporte, as contribuições e a amizade.

Aos Profs. Drs. Jesus Garcia Martinez e, novamente, Helena Rinaldi Rosa, pelas relevantes contribuições, sugestões e críticas no exame de qualificação.

Aos Profs. Drs. Helena Rinaldi Rosa, Tania Aiello-Vaisberg, Hilda Rosa Capelão Avoglia e Danuta Medeiros, por aceitarem compor a banca examinadora desta tese, dedicarem seus tempos para a leitura do trabalho e pela discussão, contribuindo com todo o conhecimento que possuem sobre o tema. Agradeço também os Profs. Drs. Ivonise Fernandes da Motta, Francisco Baptista Assumpção Júnior, Roberta Elias Manna, Claudia Aranha Gil e Antônio Augusto Pinto Júnior por aceitarem o convite para a compor a banca como suplentes.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão de bolsa.

Ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, ao Programa PSC (Psicologia Clínica), pela possibilidade da realização do doutorado, e a Cláudia e Camila, secretárias do departamento, pelo auxílio prestado ao longo dos anos, sempre com muita gentileza.

À minha família, minha eterna gratidão! Agradeço à minha irmã, Francine, e à minha tia-irmã, Ana Maria, pelo acolhimento, apoio e incentivo em todas as etapas da minha vida e pela paciência frente à minha ausência na fase final da construção desta tese. Mais precisamente, agradeço à minha mãe, Alice, por nunca desistir dos meus sonhos e batalhar, dia após dia, para que eu também não desista e na realização de cada um deles.

Aos meus avós, Jacira e Manuel, que sempre me incentivaram e se preocuparam comigo. Hoje, gostaria de poder comemorar mais esta etapa da minha vida com eles, ao invés das lágrimas da saudade.

Ao Eduardo, por estar sempre ao meu lado com tanto amor, amizade, companheirismo, paciência e pelo apoio para realizar esta conquista.

Agradeço à equipe do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da USP pela amizade, ensinamentos e trabalhos compartilhados.

A todos meus amigos, por estarem ao meu lado me incentivando, acolhendo-me e pela paciência em momentos de ausência. Agradeço em especial a Danuta, Gislaine e Rilza que tiveram presente em todas as etapas da construção desta tese.

Por fim, agradeço aos responsáveis dos adolescentes, que confiaram em meu trabalho a saúde de seus filhos; e aos adolescentes participantes, que aceitaram contribuir com a pesquisa e com o desafio da psicoterapia em grupo, proporcionando-me momentos únicos em nossos encontros e muito ensinamento, os quais levarei por toda a vida.

## RESUMO

Ferreira, L. S. (2022). *Oficinas Psicoterapêuticas em adolescentes com comportamento autolesivo: uma proposta de intervenção* [Tese de Doutorado]. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

O presente estudo enfoca a adolescência, em especial, a conduta autolesiva apresentada por participantes dessa fase, partindo da concepção de que essa é uma etapa do desenvolvimento marcada por importantes mudanças biopsicossociais e conflitos característicos dessa fase, fundamentais para o processo da construção da identidade adulta. Com base nos dados da literatura e experiência clínica, pode-se observar que a identidade se estrutura de forma mais satisfatória quando é possível ao adolescente viver em um ambiente suficientemente bom. Nos casos em que os conflitos da adolescência estão associados a um ambiente fragilizado, algumas condutas sugestivas de sofrimento e risco podem se evidenciar, como atuações autodestrutivas, entre as quais os comportamentos autolesivos. Pesquisas atuais demonstram aumento dos casos de autolesão em adolescentes e a necessidade de trabalhos relacionados ao comportamento, justificam, assim, a realização de estudos com foco na autolesão e a discussão de uma proposta interventiva viável voltada para os adolescentes.

Visando atender a essa necessidade, o objetivo deste estudo, baseado na compreensão do comportamento autolesivo em adolescentes, foi propor as Oficinas Psicoterapêuticas em grupos como forma de intervenção. Os grupos foram inclusivos com a participação de seis adolescentes, entre 14 e 15 anos, que manifestavam a conduta de autolesão e participantes com outras manifestações.

A pesquisa foi desenvolvida com base no método Clínico-Qualitativo, enfocando especialmente as seis adolescentes com comportamento autolesivo, separadas em dois grupos: um atendido de forma presencial em um Centro de Integração a Cidadania (CIC) da cidade de São Paulo e o outro realizado de forma remota, Telepsicologia, por meio de aplicativos de videochamada. Inicialmente foi realizado o processo Psicodiagnóstico Compreensivo, utilizando os instrumentos: entrevista com os responsáveis e entrevistas individuais com as adolescentes, Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida (AUQEI), Questionário de Depressão Infantil (CDI) e Inventário de Ansiedade (BAI).

Após essa etapa, as adolescentes, junto de outros participantes, foram convidadas a participar de Oficinas Psicoterapêuticas, realizadas em 12 encontros semanais. No primeiro encontro, foi solicitado o Procedimento de Desenho Temático com o tema “*Desenho um*



*adolescente em São Paulo hoje*” e as demais sessões foram feitas com base na materialidade de desenhos, pinturas, colagem, imagens, músicas e vídeos. Ao final dos encontros, foram realizadas entrevistas devolutivas individuais e a reaplicação dos instrumentos. Os dados encontrados no processo Psicodiagnóstico Compreensivo confirmaram a relação entre o comportamento autolesivo em adolescentes e prejuízo na qualidade de vida, principalmente relacionado às questões familiares, presença de sintomas depressivos e ansiosos e situações conflituosas no ambiente escolar e social. As Oficinas Psicoterapêuticas proporcionaram um Espaço Potencial em que o gesto espontâneo das adolescentes foi acolhido por meio do *holding* do grupo, permitindo às adolescentes se sentirem vivas, ouvidas e se expressarem espontaneamente, entrando em contato com suas angústias, conflitos e, criativamente, iniciaram um processo de elaboração. As entrevistas devolutivas ao final do processo permitiram observar que as Oficinas Psicoterapêuticas possibilitaram o alívio emocional e diminuição de *acting*. Frente ao exposto, conclui-se que as Oficinas Psicoterapêuticas propiciaram experiências mutativas das adolescentes de ambos os grupos por meio da materialidade como forma de expressão e comunicação, contribuindo para o amadurecimento emocional e, assim, maior integração do *Self*, utilizando defesas mais adequadas e diminuindo a conduta autolesiva. Considera-se, portanto, que a pesquisa contemplou os objetivos propostos, contribuindo para a compreensão da conduta autolesiva e para o desenvolvimento de uma proposta psicoterapêutica a ser aplicada junto a adolescentes. Espera-se que a pesquisa dê origem a estudos acerca das mesmas temáticas.

Palavras-chave: Adolescência. Autolesão. Psicoterapia de Grupo. Psicoterapia Psicodinâmica. Telepsicologia.

## ABSTRACT

Ferreira, L. S. (2022). *Psychotherapeutic Workshops in adolescents with self-injurious behavior: an intervention proposal* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo

The present study focuses on adolescence, particularly the self-injurious behavior presented by participants of this phase, starting from the conception that this is a development stage marked by important biopsychosocial changes and conflicts characteristic of this phase, fundamental for the process of building adult identity. Based on data from the literature and clinical experience, it can be observed that identity is structured more satisfactorily when it's possible for the adolescent to live in a sufficiently good environment. In cases where adolescent conflicts are associated with a fragile environment, some behaviors suggestive of suffering and risk can be evidenced, such as self-destructive actions, including self-injurious behaviors. Current research shows an increase in cases of self-injury in adolescents and the need of research on this behavior, thus justifying studies focusing on self-injury and the discussion of a viable interventional proposal aimed at adolescents. To meet those needs, the objective of this study was, from the understanding of self-injurious behavior in adolescents, to propose Psychotherapeutic Workshops in groups as a form of intervention. The groups were inclusive with the participation of six adolescents, between 14 and 15 years old, that manifested self-injurious behavior and participants with other manifestations. The research was developed based on Quantitative Methods in Clinical Research focused specially on six adolescents with self-injurious behaviors, separated into two groups: one attended in person at a Citizenship Integration Center (CIC) in the city of São Paulo and the other carried out in remotely, Telepsychology, through video-calls applications. Initially, the Comprehensive Psychodiagnostics process was carried out using the following instruments: interview with the guardians and individual interviews with the adolescents, the Quality of Life Scale (QOLS), the Children's Depression Inventory (CDI) and the Beck Anxiety Inventory (BAI). After this stage, the adolescents, along with other participants, were invited to join the Psychotherapeutic Workshops, held in twelve weekly meetings. In the first meeting, the Thematic Drawing-Story Procedure was requested with the theme "draw a teenager in São Paulo today". And the other sessions were carried out based on the materiality of the drawings, paintings, collages, images, music, and videos. At the end of the meetings, individual feedback interviews were carried out and the instruments were reapplied to them. The data found in the Comprehensive

Psychodiagnosis confirmed the correlation between the self-injurious behavior in adolescents and impairment in their quality of life, mainly related to family issues, presence of depressive and anxious symptoms and conflicting situations in the school and social environment. The Psychotherapeutic Workshops provided a Potential Space in which the spontaneous gestures of the adolescents were welcomed through the “holding space” within the group, allowing the adolescents to feel alive, heard and to spontaneously express themselves, getting in touch with their anxieties, conflicts and creatively starting their elaboration process. The feedback interviews at the end of the process made it possible to observe that the Psychotherapeutic Workshops enabled emotional relief and reduction in acting out behaviors. Given what has been said, it's concluded that the Psychotherapeutic Workshops provided mutative experiences in the adolescents from both groups through materiality as a form of expression and communication, contributing to emotional maturation and thus greater self-integration, using more adequate and effective defense mechanisms, reducing self-injurious behavior. Therefore, it's considered that the research contemplated its proposed goals, contributing to the understanding of self-injurious behavior and to the development of a psychotherapeutic proposal to be applied with adolescents. It's expected that this research gives rise to others on the same theme.

Keywords: Adolescent. Self-Injurious Behavior. Psychotherapy Group. Psychotherapy Psychodynamic. Telepsychology

## RÉSUMÉ

Ferreira, L. S. (2022). Ateliers de Psychothérapie chez des adolescents ayant un comportement auto-agressif : une proposition d'intervention. (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo

Cette étude se concentre sur l'adolescence et notamment sur le comportement auto-agressif présenté par des personnes de cette tranche d'âge, en se basant sur l'idée dont il s'agit d'une étape de développement marquée par d'importants changements biopsychosociaux et des conflits caractéristiques de cette phase qui sont fondamentaux pour le processus de construction de l'identité adulte. À partir des données de la littérature et de l'expérience clinique, l'on peut remarquer que l'identité est structurée de manière d'autant plus satisfaisante qu'il est possible pour l'adolescent de vivre dans un environnement suffisamment favorable. Dans les cas où les conflits typiques de l'adolescence sont associés à un environnement fragile, certaines conduites qui évoquent la souffrance et le risque peuvent être mises en évidence, tels que des actions autodestructrices, y compris des comportements auto-agressifs. Des recherches actuelles démontrent l'augmentation des cas d'auto-agression parmi les adolescents et la nécessité de travaux qui se rapportent à leur comportement. Elles justifient, ainsi, l'exécution d'études portant sur l'auto-agression et la discussion d'une proposition d'intervention viable consacrée aux adolescents. Afin de satisfaire à ce besoin et moyennant la compréhension du comportement auto-agressif chez des adolescents, le but de cette étude a été de proposer des Ateliers de Psychothérapie comme forme d'intervention. Les groupes étaient inclusifs avec la participation de six adolescentes, entre 14 et 15 ans, qui manifestaient la conduite auto-agressive, ainsi que des participants avec d'autres manifestations. La recherche a été développée à partir de la méthode clinique-qualitative, en focalisant en particulier sur les six adolescentes ayant un comportement auto-agressif, séparées en deux groupes : le travail avec le premier s'est déroulé en présentiel dans un Centre d'Intégration de la Citoyenneté (CIC) de la ville de São Paulo, tandis que le deuxième groupe a été abordé à distance (Télé-psychologie), à travers des applications de visioconférence. Dans un premier temps, le processus de Psychodiagnostic Complet s'est effectué en utilisant les outils suivants : entretiens avec les responsables légaux et entretiens individuels avec les adolescentes, Échelle d'Évaluation de la Qualité de Vie (AUQEI), Questionnaire sur la Dépression Infantile (CDI) et Inventaire de l'Anxiété (BAI). Ensuite, les adolescentes, ainsi que les autres participants, ont été invitées à participer aux Ateliers de Psychothérapie, organisés en douze réunions hebdomadaires. Lors de la première

séance, l'on a demandé la Procédure de Dessin Thématique en ayant le thème « Je dessine un adolescent à São Paulo aujourd'hui », et toutes les autres séances se sont déroulées sur la base de la matérialité des dessins, peintures, collages, images, chansons et vidéos. À la fin des séances, des entretiens individuelles de retour d'information ont été réalisées et les instruments ont été ré-appliqués. Les données obtenues à travers le Psychodiagnostic Compréhensif ont confirmé la relation entre le comportement auto-agressif chez les adolescents et la perte de la qualité de vie, liée surtout à des problèmes familiaux, à la présence de symptômes de dépression et d'anxiété et à des situations conflictuelles dans l'environnement scolaire et social. Les Ateliers de Psychothérapie ont rendu possible un Espace Potentiel dans lequel le geste spontané des adolescentes a été accueilli par le *holding* du groupe, permettant aux adolescentes de se faire entendre, de se sentir vivantes et de s'exprimer spontanément, ainsi que d'entrer en contact avec leurs angoisses et leurs conflits. Ainsi, de façon créative, elles ont déclenché un processus d'élaboration. En fin de parcours, les entretiens de retour d'information ont permis d'observer que les Ateliers de Psychothérapie fournissaient un soulagement émotionnel et une diminution de l'*acting*. Compte tenu de ce qui précède, l'on conclut que les Ateliers de Psychothérapie ont fourni des expériences de changement aux adolescentes des deux groupes à travers la matérialité en tant que forme d'expression et de communication, ce qui contribue à la maturation émotionnelle et, donc, à une plus grande intégration du *Self*, en utilisant des défenses plus adéquates et en réduisant la conduite auto-agressive. Par conséquent, l'on considère que la recherche a atteint les objectifs proposés, contribuant à la compréhension de la conduite auto-agressive et au développement d'une proposition psychothérapeutique à appliquer auprès des adolescents. L'on espère que cette recherche donnera lieu à d'autres études à propos de ces thématiques.

Mots-clés: Adolescence. Comportement auto-agressif. Psychothérapie de groupe.  
Psychothérapie psychodynamique. Télépsychologie

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Desenho de Joana: 1º encontro presencial .....	183
Figura 2 – Desenho de Máisa: 1º encontro presencial .....	184
Figura 3 – Desenho de Érica: 1º encontro presencial .....	184
Figura 4 – Desenho de Tatiane: 1º encontro presencial .....	185
Figura 5 – Desenho de Henrique: 1º encontro presencial .....	185
Figura 6 – Desenho de Joana: 2º encontro presencial .....	187
Figura 7 – Desenho de Máisa: 2º encontro presencial .....	188
Figura 8 – Desenho de Érica: 2º encontro presencial .....	188
Figura 9 – Desenho de Henrique: 2º encontro presencial .....	189
Figura 10 – Relação entre os desenhos, proposto por Máisa: 2º encontro presencial.....	189
Figura 11 – Desenho de Joana: 3º encontro presencial .....	192
Figura 12 – Desenho de Bruna: 3º encontro presencial .....	192
Figura 13 – Desenho de Henrique: 3º encontro presencial .....	192
Figura 14 – Produção de Érica: 3º encontro presencial .....	193
Figura 15 – Produção de Joana: 4º encontro presencial .....	196
Figura 16 – Produção de Érica: 4º encontro presencial .....	196
Figura 17 – Produção de Máisa: 4º encontro presencial .....	197
Figura 18 – Produção de Bruna: 4º encontro presencial .....	197
Figura 19 – Produção de Tatiane: 4º encontro presencial .....	198
Figura 20 – Relação entre as produções, proposta por Máisa presencial .....	198
Figura 21 – Desenho de Joana: 6º encontro presencial .....	202
Figura 22 – Produção de Máisa: 6º encontro presencial .....	203
Figura 23 – Desenho de Érica: 6º encontro presencial .....	203
Figura 24 – Desenho de Bruna: 6º encontro presencial .....	204
Figura 25 – Carta de Joana: 8º encontro presencial .....	207
Figura 26 – Carta de Érica: 8º encontro presencial .....	208
Figura 27 – Desenho de Joana: 9º encontro presencial .....	211
Figura 28 – Produção Máisa: 9º encontro presencial .....	211
Figura 29 – Desenho Henrique: 9º encontro presencial .....	212
Figura 30 – Desenho Bruna: 9º encontro presencial .....	212
Figura 31 – Produção do grupo: 10º encontro presencial .....	215
Figura 32 – Produção do grupo: 11º encontro presencial .....	218
Figura 33 – Desenho de Carla: 1º encontro remoto .....	224
Figura 34 – Desenho de Stephanie: 1º encontro remoto .....	225
Figura 35 – Desenho de Michele: 1º encontro remoto .....	225
Figura 36 – Desenho de Gabriela: 1º encontro remoto .....	226
Figura 37 – Desenho de Sabrina: 1º encontro remoto .....	226
Figura 38 – Desenho de Matheus: 1º encontro remoto .....	227
Figura 39 – Desenho de Renata: 1º encontro remoto .....	227
Figura 40 – Desenho de Carla: 2º encontro remoto .....	230
Figura 41 – Desenho de Stephanie: 2º encontro remoto .....	231
Figura 42 – Desenho de Gabriela: 2º encontro remoto .....	231
Figura 43 – Desenho de Sabrina: 2º encontro remoto .....	232
Figura 44 – Desenho de Matheus: 2º encontro remoto .....	232
Figura 45 – Desenho de Renata: 2º encontro remoto .....	233
Figura 46 – Imagem apresentada por Carla: 3º encontro remoto .....	237

Figura 47 – Imagem apresentada por Stephanie: 3º encontro remoto .....	237
Figura 48 – Imagem e texto apresentados por Michele: 3º encontro remoto .....	238
Figura 49 – Texto apresentados por Matheus: 3º encontro remoto .....	238
Figura 50 – Carta apresentada por Carla: 5º encontro remoto .....	243
Figura 51 – Carta apresentada por Stephanie: 5º encontro remoto .....	243
Figura 52 – Carta apresentada por Michele: 5º encontro remoto .....	244
Figura 53 – Carta apresentada por Gabriela: 5º encontro remoto .....	244
Figura 54 – Carta apresentada por Sabrina: 5º encontro remoto .....	244
Figura 55 – Carta apresentada por Renata: 5º encontro remoto .....	244
Figura 56 – Imagem apresentada por Carla: 6º encontro remoto .....	248
Figura 57 – Imagens apresentadas por Sabrina: 6º encontro remoto .....	248
Figura 58 – Imagem apresentada por Gabriela: 6º encontro remoto .....	249
Figura 59 – Imagens apresentadas por Renata: 6º encontro remoto .....	249
Figura 60 – Imagens apresentadas por Carla: 7º encontro remoto .....	253
Figura 61 – Imagens apresentadas por Stephanie: 7º encontro remoto .....	253
Figura 62 – Imagens apresentadas por Michele: 7º encontro remoto .....	254
Figura 63 – Imagens apresentadas por Gabriela: 7º encontro remoto .....	254
Figura 64 – Imagens parede de post it apresentadas por Carla: 7º encontro remoto .....	255
Figura 65 – Imagens apresentadas por Carla: 10º encontro remoto .....	264
Figura 66 – Imagens apresentadas por Gabriela: 10º encontro remoto .....	264
Figura 67 – Imagens apresentadas por Renata: 10º encontro remoto .....	265
Figura 68 – Imagens apresentadas por Sabrina: 10º encontro remoto .....	265
Figura 69 – Imagens apresentadas por Matheus: 10º encontro remoto .....	266
Figura 70 – Formulário TCLE – on-line.....	274
Figura 71 – Formulário TALE – on-line .....	277
Figura 72 – Faces AUQEI .....	280
Figura 73 – Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida (AUQEI) .....	281

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Pontuação de Joana para o CDI, BAI e AUQEI .....	90
Tabela 2 – Pontuação de Máisa para o CDI, BAI e AUQEI .....	94
Tabela 3 – Pontuação de Érica para o CDI, BAI e AUQEI .....	97
Tabela 4 – Presença dos participantes por encontro nas Oficinas Psicoterapêuticas Presenciais.....	101
Tabela 5 – Tema discutido em cada sessão das Oficinas Psicoterapêuticas Presenciais .....	102
Tabela 6 – Pontuação de Joana: 1ª e 2ª aplicação .....	108
Tabela 7 – Fatores AUQEI: 1ª e 2ª aplicação de Joana .....	108
Tabela 8 – Pontuação de Máisa: 1ª e 2ª aplicação .....	110
Tabela 9 – Fatores AUQEI: 1ª e 2ª aplicação de Máisa .....	110
Tabela 10 – Pontuação de Érica: 1ª e 2ª aplicação .....	113
Tabela 11 – Fatores AUQEI: 1ª e 2ª aplicação de Érica .....	113
Tabela 12 – Pontuação de Carla para o CDI, BAI e AUQEI .....	119
Tabela 13 – Pontuação de Stephanie para o CDI, BAI e AUQEI .....	122
Tabela 14 – Pontuação de Michele para o CDI, BAI e AUQEI .....	125
Tabela 15 – Presença dos participantes por encontro nas Oficinas Psicoterapêuticas Remotas.....	130
Tabela 16 – Tema discutido em cada sessão das Oficinas Psicoterapêuticas Remotas.....	131
Tabela 17 – Pontuação de Carla: 1ª e 2ª aplicação .....	137
Tabela 18 – Fatores AUQEI: 1ª e 2ª aplicação de Carla .....	137
Tabela 19 – Pontuação de Stephanie: 1ª e 2ª aplicação .....	139
Tabela 20 – Fatores AUQEI: 1ª e 2ª aplicação de Stephanie .....	139
Tabela 21 – Pontuação de Michele: 1ª e 2ª aplicação .....	142
Tabela 22 – Fatores AUQEI: 1ª e 2ª aplicação de Michele .....	142



## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>18</b>
<b>CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO</b> .....	<b>22</b>
1.1. A PSICANÁLISE DA ADOLESCÊNCIA .....	22
1.2. COMPORTAMENTO AUTOLESIVO EM ADOLESCENTES .....	37
1.3. OFICINAS PSICOTERAPÊUTICAS COMO PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....	48
1.3.1. <i>Grupoterapias Psicanalíticas: aspectos históricos</i> .....	48
1.3.2. <i>Enquadres clínicos diferenciados: as Oficinas Psicoterapêuticas</i> .....	55
<b>CAPÍTULO II – JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS</b> .....	<b>62</b>
<b>CAPÍTULO III – ASPECTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>64</b>
3.1. TIPO DE ESTUDO .....	64
3.2. PARTICIPANTES .....	67
3.3. PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS .....	68
3.3.1. <i>Contato com os participantes e responsáveis</i> .....	68
3.3.2. <i>Etapa I – Psicodiagnóstico Compreensivo</i> .....	70
3.3.3. <i>Etapa II – Oficinas Psicoterapêuticas</i> .....	79
3.3.4. <i>Etapa III – Devolutiva do Processo</i> .....	82
3.4. ANÁLISE DOS DADOS .....	83
3.4.1. <i>Análise da primeira etapa: Psicodiagnóstico Compreensivo</i> .....	83
3.4.2. <i>Análise da segunda etapa: Oficinas Psicoterapêuticas</i> .....	84
3.4.3. <i>Análise da terceira etapa: Entrevista Devolutiva</i> .....	85
3.5. ASPECTOS ÉTICOS .....	86
<b>CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES, DAS OFICINAS PSICOTERAPÊUTICAS E DEVOLUTIVAS DO PROCESSO</b> .....	<b>87</b>
4.1. PSICODIAGNÓSTICO COMPREENSIVO E OFICINAS PSICOTERAPÊUTICAS PRESENCIAIS .....	88
4.1.1. <i>Etapa I - Psicodiagnóstico Compreensivo</i> .....	88
4.1.2. <i>Etapa II – Oficinas Psicoterapêuticas</i> .....	101
4.1.3. <i>Etapa III – Devolutiva do processo: entrevistas finais e reaplicação dos instrumentos</i> .....	106
4.2. PSICODIAGNÓSTICO COMPREENSIVO E OFICINAS PSICOTERAPÊUTICAS REMOTOS .....	116
4.2.1. <i>Etapa I – Psicodiagnóstico Compreensivo</i> .....	116
4.2.2. <i>Etapa II – Oficinas Psicoterapêuticas</i> .....	130
4.2.3. <i>Etapa III – Devolutiva do processo: entrevistas finais e reaplicação dos instrumentos</i> .....	135
<b>CAPÍTULO V – COMPREENDENDO O PROCESSO: ENCONTROS PRESENCIAIS E REMOTOS</b> .....	<b>146</b>
5.1. PRIMEIRO ENCONTRO: SEUS PRINCIPAIS TÓPICOS E RESSONÂNCIA NOS ENCONTROS POSTERIORES .....	146
5.1.1. <i>Falta de compreensão, de diálogo e outros conflitos familiares</i> .....	147
5.1.2. <i>Bullying, brigas e poucos amigos</i> .....	149
5.1.3. <i>Cobranças e julgamentos sociais</i> .....	150
5.1.4. <i>Características individuais, ansiedade e depressão</i> .....	152
5.1.5. <i>Responsabilidades e independência</i> .....	153
5.2. AS OFICINAS PSICOTERAPÊUTICAS COMO ESPAÇO DE PROMOÇÃO DE EXPERIÊNCIAS MUTATIVAS .....	154
<b>CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>162</b>
<b>CAPÍTULO VII – REFERÊNCIAS</b> .....	<b>166</b>
<b>APÊNDICE A – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM OS ADOLESCENTES</b> .....	<b>180</b>
<b>APÊNDICE B – OFICINAS PSICOTERAPÊUTICAS PRESENCIAIS: RELATO DOS ENCONTROS</b> .....	<b>181</b>
<b>APÊNDICE C – OFICINAS PSICOTERAPÊUTICAS REMOTAS: RELATO DOS ENCONTROS</b> .....	<b>221</b>
<b>ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PAIS OU RESPONSÁVEIS: ENCONTROS PRESENCIAIS (TCLE – PRESENCIAL)</b> .....	<b>270</b>

<b>ANEXO B – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: ENCONTROS PRESENCIAIS (TALE – PRESENCIAL)</b> .....	<b>272</b>
<b>ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PAIS OU RESPONSÁVEIS: ENCONTROS ON-LINE (TCLE – ON-LINE).....</b>	<b>274</b>
<b>ANEXO D – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: ENCONTROS ON-LINE (TALE – ON-LINE) .....</b>	<b>277</b>
<b>ANEXO E – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA (AUQEI).....</b>	<b>280</b>
<b>ANEXO F – QUESTIONÁRIO DE DEPRESSÃO INFANTIL (CHILDREN’S DEPRESSION INVENTORY – CDI).....</b>	<b>282</b>
<b>ANEXO G – INVENTÁRIO BECK DE ANSIEDADE (BAI) .....</b>	<b>284</b>
<b>ANEXO H – APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO COMITÉ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS, DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP .....</b>	<b>285</b>
<b>ANEXO I – APROVAÇÃO DA EMENDA DO PROJETO DE PESQUISA PELO COMITÉ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS, DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP .....</b>	<b>289</b>

## APRESENTAÇÃO<sup>1</sup>

As questões relativas à adolescência, tais como o processo da formação da identidade, seus conflitos, angústias e conquistas, são de meu interesse pessoal desde o quarto ano de graduação, quando tive meu primeiro contato com uma paciente adolescente. Essa paciente foi atendida durante o período de estágio, em um hospital público de Assis/SP, em um projeto voltado para a gestação de alto risco que tinha como pacientes, em sua maioria, adolescentes.

Em meu primeiro ano de formada, atuei na coordenação de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) na Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins, como técnica em saúde responsável pela área de Violência e Acidentes do Estado. Nesse período, o Sistema Único de Saúde (SUS) estava realizando o levantamento do VIVA Inquérito de 2011 e, em nossa coordenação, fazíamos as verificações dos índices de violência estadual. Os números de violência autoprovocada em adolescentes eram alarmantes! Começamos uma discussão sobre a elaboração de projetos que visassem compreender os altos índices desse tipo de violência, mas não foi possível colocá-los em prática, pois, com o final do contrato, voltei a São Paulo em busca de um sonho: a área acadêmica e a pesquisa.

No Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), tive a honra de conhecer um grande nome da Psicologia em nosso país e no mundo: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo, que me possibilitou retomar os trabalhos com adolescentes e me convidou para fazer parte de uma pesquisa realizada com a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dora Mariela Salcedo Barrientos e, assim, comecei meu mestrado como parte do projeto “Estudo da violência doméstica contra adolescentes grávidas atendidas no Hospital Universitário de São Paulo: bases para intervenção”, o qual defendi em 2015.

Após a defesa do mestrado, continuei os trabalhos como pesquisadora voluntária no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do IPUSP – APOIAR, sob a coordenação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Leila Tardivo. Em 2016, algumas escolas da cidade de São Paulo nos procuraram, preocupadas com o crescente número de adolescentes com comportamento autolesivo. Inicialmente, a equipe do APOIAR focou os estudos na compreensão do fenômeno, com alguns trabalhos publicados sobre o assunto, tanto em periódicos nacionais quanto internacionais. Com nossas pesquisas, passamos a identificar a necessidade de propostas interventivas com esses adolescentes, que demandam de cuidado, escuta e acolhimento.

---

<sup>1</sup> Esta parte está escrita em primeira pessoa do singular por refletir a experiência pessoal da autora, que resultou neste estudo.

No intento de dar conta dessa necessidade, a tarefa a que me dedico nesta pesquisa é não apenas compreender o fenômeno da autolesão, mas apresentar uma proposta psicoterapêutica que seja eficaz para adolescentes, em especial àqueles que apresentem o comportamento autolesivo. Parto do pressuposto que os atendimentos psicológicos em grupos, realizados por meio do enquadre clínico diferenciado das técnicas das Oficinas Psicoterapêuticas, são uma proposta de intervenção eficaz no trabalho com adolescentes que apresentam comportamento autolesivo, por permitir a expressão de suas angústias e conflitos ao utilizar materiais mediadores. Ademais, os trabalhos com grupos demonstram ser uma boa proposta de enquadre para os atendimentos psicológicos de adolescentes.

No início de 2020, entramos em um cenário pandêmico devido à COVID-19, não sendo mais possível os encontros presenciais como forma de evitar o contágio pelo novo coronavírus. Por isso, foi necessário atualizar a pesquisa para a nova realidade: os atendimentos on-line. Dessa forma, o trabalho apresenta os dados realizados com dois grupos de Oficinas Psicoterapêuticas: um realizado no formato presencial e outro no remoto, por meio de aplicativo de videochamada.

Ambas as formas de atendimento foram divididas em três etapas: na etapa I, foi realizado um Psicodiagnóstico Compreensivo visando compreender as questões relacionadas aos aspectos emocionais, relações interpessoais, qualidade de vida e sintomas de depressão e ansiedade das adolescentes com comportamento autolesivo. Para isso, foram realizadas entrevistas com os responsáveis, entrevistas individuais com as adolescentes, aplicação do Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida (AUQEI), escala de depressão (CDI) e inventário de ansiedade (BAI). A etapa II foi o foco do trabalho, contando com a realização de 12 encontros de Oficinas Psicoterapêuticas, utilizando da materialidade como desenho, guache, recorta e cola, objetos pessoais, imagens, músicas e vídeos. A última fase, etapa III, permitiu uma compreensão mais diretiva das experiências mutativas vividas pelas adolescentes na etapa anterior. Nessa etapa, foi realizada uma entrevista individual com as adolescentes, a reaplicação das escalas AUQEI, CDI e BAI e entrevista com os responsáveis.

O trabalho se divide em seis capítulos, com conteúdos teóricos, dados atualizados e revisão bibliográfica de artigos sobre o tema. O primeiro capítulo, introdução, aborda a fundamentação teórica e aos dados relacionados ao tema que embasaram o estudo e foi dividido em 3 tópicos: o item 1.1, denominado a “Psicanálise do adolescente”, dedica-se aos aspectos teóricos acerca da adolescência sob a luz da psicanálise, com foco nas contribuições de Winnicott. O tópico seguinte – “1.2 O comportamento autolesivo em adolescentes” – discorre sobre a autolesão, abordando a literatura científica sobre o tema, resultados de pesquisas atuais

e dados sobre prevalência no Brasil e no mundo. A terceira parte da introdução, “Oficinas Psicoterapêuticas como proposta de intervenção”, está dividida em duas partes: “1.3.1 Grupo terapias Psicanalíticas: aspectos históricos”, discorre sobre o percurso histórico dos trabalhos com psicoterapia de grupo sob o viés da psicanálise e, por fim “1.3.2 Enquadres clínicos diferenciados: as Oficinas Psicoterapêuticas”, foi dedicado a contextualizar a proposta terapêutica realizadas com os adolescentes na segunda etapa da pesquisa. Este último capítulo expõe sobre o uso de enquadres clínicos diferenciados utilizando das contribuições de Winnicott (Aiello-Vaisberg, 2004a).

Após a discussão teórica, o segundo capítulo traz a justificativa e os objetivos do estudo. Em seguida, o terceiro capítulo integra os aspectos metodológicos da pesquisa, apresenta o contato com as participantes, os procedimentos e instrumentos utilizados durante as três fases da pesquisa, o plano para a análise dos dados coletados e os aspectos éticos que envolveram o estudo.

O quarto capítulo apresenta as adolescentes participantes, os dados obtidos durante o processo Psicodiagnóstico Compreensivo, a compreensão das Oficinas Psicoterapêuticas (análise dos Desenhos Estória com tema e dos 12 encontros mediados pelos desenhos e demais materiais), os dados observados na entrevista devolutiva e os resultados da reaplicação dos instrumentos. Este capítulo está dividido em dois grandes subcapítulos que separam as oficinas presenciais e as realizadas em formato remoto.

Em seguida, o capítulo V disserta sobre o processo vivenciado pelas adolescentes ao longo dos encontros das Oficinas Psicoterapêuticas, considerando também as observações da psicóloga-pesquisadora, os dados analisados durante o Psicodiagnóstico Compreensivo e os pontos identificados nas entrevistas devolutiva. O capítulo é dividido em duas partes: a primeira voltada ao primeiro encontro, os campos despertados pelo D-E com Tema e sua ressonância nos encontros seguintes, apresentando os principais campos trabalhados ao longo das oficinas. O segundo tópico analisa as Oficinas Psicoterapêuticas como uma experiência mutativa e visa discorrer sobre o processo psicoterapêutico, a dinâmica e experiência vivida pelas participantes. Cada um dos tópicos apresenta uma análise da dinâmica observada durante os encontros, seguida de uma discussão com a literatura.

Por fim, o sexto capítulo revela as Considerações finais da pesquisa, integra os principais dados observados ao longo das três etapas, em ambos os grupos, e indica novas possibilidades de investigações que contribuam para a saúde do adolescente. Ao final, encontram-se as referências bibliográficas, os apêndices contendo o roteiro de entrevista e o relato dos 12

encontros das Oficinas Psicoterapêuticas presenciais e remotas e, nos anexos, os documentos e instrumentos utilizados.

A cada capítulo, tive como foco integrar a articulação teórica e clínica, por meio da observação das etapas realizadas com as adolescentes, considerando o pressuposto de Tardivo (2007a), ao escrever que não é possível desvincular teoria e prática em Psicologia. Espero que este trabalho possa despertar o interesse de outros profissionais, tanto para explorarem em suas pesquisas os aspectos aqui trabalhados, como para pensarem em implementações nos serviços de saúde do adolescente.

## CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

### 1.1. A psicanálise da adolescência

A adolescência, na época atual, é considerada por diversos autores (que serão apresentados ao longo deste capítulo) como uma etapa de grande importância para o desenvolvimento, mas para se alcançar a compreensão do valor dessa fase da vida as concepções sobre o “ser adolescente” precisaram contar com os avanços nas ciências biológicas, psicológica, educacionais e socioculturais, que ocorreram a partir do século XIX, visto que, antes dessa data, as características psicológicas e fisiológicas específicas da adolescência não eram reconhecidas socialmente, tampouco como etapa do desenvolvimento (Bussmann & Pretto, 2017; Frota, 2007; Matheus, 2012; Schoen-Ferreira, Aznar-Farias, 2010). Bussmann e Pretto (2017) explicam que esses avanços que se iniciaram no século XIX foram necessários, pois o conceito de adolescente está relacionado às constituições modernas de família, ao prolongamento da idade escolar e à expansão das instituições escolares. Matheus (2012) acrescenta que somente após a Segunda Grande Guerra, devido às transformações econômicas e socioculturais, a adolescência foi reconhecida em suas particularidades, mais próximas das consideradas nos dias de hoje.

Compreende-se, portanto, que a adolescência se constituiu dentro de um contexto histórico e social. No entanto, Frota (2007) destaca que não há homogeneidade entre as histórias dentre as diferentes sociedades, ou seja, não é possível enquadrar a adolescência, pois ela é reconhecida dentro das diversas histórias culturais e sociais. Isto posto, a adolescência é uma etapa crucial do desenvolvimento e que, para ser compreendida, deve-se levar em consideração fatores psicológicos, biológicos e sociais (Tardivo, 2007a).

Winnicott (1961/2011) enfatiza que a adolescência se refere a uma fase de retomada do processo de amadurecimento: é preciso ponderar que nessa fase da vida as circunstâncias e escolhas vividas na infância são atualizadas e ressignificadas, o que leva o adolescente a integrar o passado (na difícil função de ajustamento psíquico e gerenciamento dos princípios e traços culturais que foram introjetados até então) com as atuais exigências do ambiente e da vida pulsional (Cardoso, 2015). Nessa integração, Winnicott (1961/2011) esclarece que o adolescente volta a um estado mais narcísico, regredindo à fase de indiferenciação do *Eu versus* não *Eu*, considerando também o ambiente, as fixações pré-edípicas, a época das dependências infantis e outras questões da infância que ainda estejam presentes no desenvolvimento do adolescente, para que assim consiga continuar como alguém com um *Eu* próprio, independente

e, com isso, atingir a maturidade. Nesse sentido, o adolescente busca nas bases internalizadas dos objetos parentais, em suas inter-relações nos primeiros anos de vida e na verificação constante do ambiente social, o alicerce para estabelecer sua identidade adulta, que tem na adolescência seu ponto-chave (Aberastury & Knobel, 1981; Winnicott, 1987/2002).

A busca pela identidade adulta acontece conforme o adolescente vai perdendo sua condição de criança e, conseqüentemente, sua identidade infantil. Normandin, Ensik e Kernberg (2015) afirmam que a adolescência é o momento em que o indivíduo volta a entrar em contato com diferentes aspectos de sua personalidade, que vão se formando desde o nascimento, fruto das identificações com pais, amigos, professoras e outras figuras significantes, assim como pela classe social, grupos étnicos, religiosos e identificação de gênero. Para os autores, é nessa fase da vida que essas identificações são elaboradas, à medida que se integra uma nova imagem corporal, um novo papel (com responsabilidades, planos e sistema ético), que funcionarão como um núcleo do *Self* e poderá ser aprovado e reconhecido pelo outro. Dessa forma, como pontua Winnicott (1987/2002, pp 152), ao atingir a adolescência, a criança estará “equipada com um método pessoal para atender novos sentimentos, tolerar situações de apuro e rechaçar situações que envolvam ansiedade intolerável”, no entanto, ainda haverá uma fase difícil de atravessar, dentro do que alguns autores apontam como crises.

Nessa busca, as imagens parentais introjetadas, proporcionadas pelo mundo externo satisfatório, ajudarão o adolescente a elaborar as crises internas pelas quais passa e que acontecem por ser essa uma etapa marcada por constantes desequilíbrios e instabilidades (Aberastury, 1983; Erikson, 1968/1976; Tardivo, 2007a; Winnicott, 1987/2002). Segundo Aberastury (1983), a intensidade e a gravidade desses conflitos são resultadas da qualidade do amadurecimento e do crescimento, da estabilidade dos afetos, da soma das gratificações e frustrações e da adaptação gradativa às exigências ambientais, desde os primeiros anos de vida.

Com base no que foi exposto linhas atrás, pode-se considerar a adolescência em uma perspectiva psicossocial, compreendida como parte do processo evolutivo, no qual a criança caminha pouco a pouco para a vida adulta, conciliando o ambiente e sua história vivida (Levisky, 1995). Em função das tensões internas e do ambiente, o adolescente passar por momentos ora progressivos, ora regressivos, flutuando entre o mundo infantil e o mundo adulto, em alguns momentos apresentando comportamentos de passividade, por ainda não saber agir frente às mudanças da fase. Os momentos regressivos acontecem em situações nas quais entram mais em contato com seu mundo interno, quando utilizam poucos recursos defensivos adaptativos, apresentando mais imaturidade, incertezas, temor e angústias (Ferreira, 2015).



Portanto, essa é uma fase do desenvolvimento emocional muito influenciada pelos acontecimentos infantis e pelo contexto sociocultural (Aberastury & Knobel, 1981; Blos, 1962/1998; Deutsch, 1967/1983; Frota, 2007; Levisky, 1995; Outeiral, 1994; Schoen-Ferreira & Aznar-Farias, 2010; Tardivo, 2007a; Winnicott, 1961/2011, 1968/2005b): se tudo ocorreu de forma satisfatória durante os estágios anteriores, há grandes chances de o adolescente atingir essa etapa da vida com saúde psíquica necessária para enfrentar as dificuldades dessa fase (Winnicott, 1963/2007d). Assim, para a adolescência ser melhor compreendida, requer o estudo do desenvolvimento emocional na infância.

Winnicott é um dos autores que se destaca nesse tipo de estudo, dedicando sua obra à construção da teoria do amadurecimento emocional. Segundo o autor, não tem como escrever sobre o desenvolvimento emocional do bebê sem falar de sua mãe (ou mãe substituta), considerando que, no início, o ambiente do bebê é sua mãe, a qual, gradativamente, vai se separando e se transformando em algo externo a ele (Winnicott, 1961/2005a).

Segundo o autor, no final da gravidez, a mãe atinge um estado – normal e temporário – de sensibilidade acentuada às necessidades do bebê, a ponto de excluir qualquer outro interesse, e que durará por algumas semanas após o nascimento do bebê. Esse estado é denominado por Winnicott (1961/2005a) de preocupação materna primária, e a mãe, de “mãe suficientemente boa”. A mãe que consegue alcançar esse estado de preocupação materna primária, dedicando-se às necessidades do bebê – sejam elas concretas (relacionadas ao corpo e fisiológicas) ou subjetivas (referentes ao desenvolvimento psíquico do Eu) – cria um ambiente no qual o desenvolvimento emocional saudável possa se desdobrar e a criança sentir que pode se manifestar, experimentando os movimentos de seu gesto espontâneo. O ambiente também deve ser saudável e facilitador para a mãe, para que ela possa colocar em prática os cuidados específicos desse período. O pai e a família geralmente são quem realizam esse papel (Winnicott, 1961/2005a).

O ambiente descrito, possível pelo estado de preocupação materna primária, pelo pai e pela família do bebê, segundo Winnicott (1961/2005a) tem três tarefas fundamentais: i) o *holding* (sustentação); ii) *handling* (manejo); e iii) apresentação dos objetos. Essas tarefas são de extrema importância para o bebê que nessa fase da vida ainda é absolutamente dependente do ambiente, dada a natureza não integrada na qual seu Eu ainda se encontra.

Winnicott (1945/2000a) esclarece que nesse período, que ele denominou de desenvolvimento emocional primitivo, o bebê ainda não reconhece a si mesmo como pessoa inteira, portanto ainda não é possível a ele a distinção do Eu e do não Eu. Segundo o autor, é durante o desenvolvimento emocional primitivo que serão encontradas as explicações para a

compreensão da psicopatologia da psicose, visto que é nessa fase que três processos cruciais começam a acontecer: i) integração; ii) personalização; e iii) realização.

Apesar da personalidade do bebê ainda não estar integrada, o processo de integração começa imediatamente após o nascimento e vai se construindo ao longo do desenvolvimento emocional da criança. Na saúde, o indivíduo encontra-se integrado e assim é possível a ele habitar o próprio corpo (personalização satisfatória) e sentir que o mundo é real, adaptando-se e relacionando-se à realidade externa (realização) (Winnicott, 1945/2000a).

A tarefa da mãe suficientemente boa, portanto, é proteger o lactente de complicações que ainda são desconhecidas para ele e apresentar-lhe pequenos pedaços simplificados do mundo externo, o qual ele passa a conhecer por meio dela. O bebê que não teve quem lhe juntasse os pedaços, atendesse suas necessidades, protegendo-o do desconhecido e que lhe apresentasse o mundo (ou seja, que não teve uma mãe suficientemente boa, capaz de colocar as necessidades da criança à frente das suas, ou com pais que se manifestam de forma egoísta, dificultando o crescimento da criança, ou até o sentimento de um ambiente de abandono – real ou afetivo dos pais) apresentará desvantagens na tarefa da autointegração, talvez nunca conseguindo ou não mantendo a integração de forma confiante (Winnicott, 1945/2000a).

Quando a mãe não é capaz de atingir esse estado de devoção, suas falhas recorrentes provocam no lactente reações a essas intrusões, as quais interrompem seu “continuar a ser”, acarretando ameaças de aniquilação (ansiedade tão primitiva que é anterior a qualquer ansiedade que tenha em sua descrição algo relacionado à morte), dado que essas falhas são sentidas pelo bebê não como falhas da mãe (ele ainda não tem a percepção do Eu e não Eu), mas como uma ameaça a sua própria existência, comprometendo a estrutura do Ego (Winnicott, 1960/2007b). Como consequência da falta de oportunidade de um ambiente inicial que seja suficientemente bom, o Eu do bebê talvez nunca se desenvolva por apresentar sérias dificuldades de integração (em nível total ou parcial), o que leva a prejuízos na personalização (compreensão psicossomática) e realização.

Tardivo (2007a) acrescenta que o ambiente desagradável, ameaçador e instável poderá levar a prejuízos no desenvolvimento e, quando adolescente, o sujeito estará mais propício à drogadição e a outros perigos. Para Kernberg et al. (2003), ambientes desse tipo podem estar relacionadas à difusão da identidade na adolescência. Ao contrário, o bebê, a quem foi possível o ambiente suficientemente bom, tem o potencial para começar a existir, defrontar-se com as dificuldades inerentes à vida e constituir um Eu próprio (Winnicott, 1961/2005a).

Sobre os meios pelos quais o bebê experimenta o mundo, Winnicott (1964/1982) descreve algumas formas, dentre eles:

- Na saúde, em que o bebê tem a possibilidade de se movimentar entre seu mundo interno e externo, assim descobre constantemente o ambiente e é também descoberto por este. Nesse movimento, o lactente expressa seu gesto espontâneo, o qual indica a existência de um *Self* verdadeiro em potencial, pois só ele pode ser criativo e se sentir real.

- Na ausência de um ambiente suficientemente bom, no qual as falhas são sentidas como extremas, não cabe à criança outra alternativa a não ser ocultar seu *Self* verdadeiro. Nessa situação, a mãe falha em satisfazer o gesto espontâneo do bebê, substituindo-o pelo próprio gesto, o que leva o lactente à submissão do seu Eu verdadeiro, frágil e limitado para se defender das falhas do ambiente: estágio inicial do falso *Self*. O falso *Self* patológico visa encobrir e proteger o *Self* verdadeiro por meio do mecanismo da cisão. O falso *Self* patológico se instala como reação às intrusões do ambiente falho (Winnicott, 1960/2007b) e, com isso, conforme explica Naffah Neto (2019, p. 215), o “bebê deixa de agir em primeira pessoa (...) com o encobrimento do *Self* verdadeiro, a primeira pessoa se eclipsa e quem assume seu lugar é um mimetismo de outrem”.

Dependendo da relação entre o bebê e o ambiente falho, Winnicott (1960/2007b) diferencia o falso *Self* em cinco tipos: **i) em um extremo** (o falso Eu se implanta como real e o verdadeiro se mantém oculto); **ii) menos extremo** (a função do falso *Self* é defender o Eu verdadeiro de condições ambientes anormais, mas ele é percebido como potencial, podendo ter uma vida secreta); **iii) mais para o lado da normalidade** (falso *Self* busca condições para que o *Self* verdadeiro possa se manifestar); **iv) ainda mais para o lado da normalidade** (falso *Self* é organizado por meio de identificações); e **v) na normalidade** (falso *Self* é representado pela atitude social, construindo um lugar na sociedade).

Um outro ponto levantado pelo autor (Winnicott, 1945/2000a) se refere ao bebê que teve uma mãe e um ambiente suficientemente bons, mas sente que essa experiência inicial boa foi perdida ou retirada dele. A essa situação o autor denominou de-privação, que se difere da privação, pois na segunda a criança não experimentou um ambiente suficientemente bom e, assim, não foi possível incorporar experiências e nem objetos bons, promovendo uma falha no amadurecimento (Winnicott, 1945/2000a). Já na de-privação, é necessário que o bebê tenha atingido a capacidade de distinção entre Eu e não Eu e, dessa forma, percebe que a causa da falta foi devido a uma falha no ambiente, ou seja, é uma fase posterior à preocupação materna primária e ao desenvolvimento emocional primitivo.

Quando ocorre a de-privação (ou seja, algo bom foi perdido/retirado) o indivíduo poderá buscar essa falta, acreditando ser o ambiente o responsável pela reparação do dano maturacional, reivindicando ao mesmo a reparação. Essa reivindicação às vezes é realizada por

meio de sintomas antissociais, mas que devem ser considerados um sinal de esperança, uma vez que há uma tentativa de estabelecer o desenvolvimento para o amadurecimento emocional saudável (Winnicott, 1987/2002).

Em muitos casos, as reivindicações são atendidas e os “sintomas” são tratados pelos pais logo nos primeiros estágios, não vindo a se tornar o que Winnicott (1987/2002) denominou “tendência antissocial”. Caso nada seja feito nos estágios iniciais, os sintomas antissociais (roubo, mentira, desordens generalizadas) podem surgir como uma expressão patológica, no qual a destrutividade se volta ao ambiente como uma reação às falhas desse local e a tendência antissocial se manifesta na criança como forma de buscar atenção e reivindicação, fazendo com que seus impulsos inconscientes obriguem alguém a se encarregar de seu cuidado. Se ainda nada for feito, a delinquência se desenvolve como tendência antissocial organizada, com os ganhos secundários, reforçando o comportamento e a desilusão se tornando completa (Winnicott, 1956/2000b).

No entanto, a tendência antissocial não é uma psicopatologia psicótica, pois esse tipo de patologia é consequência de falhas no desenvolvimento emocional primitivo, quando ainda não há integração do ego (Winnicott, 1945/2000a), já a tendência antissocial exige um grau de maturidade do ego (Winnicott, 1987/2002). Desse modo, o autor ressalta a importância de não se usar a tendência antissocial como um diagnóstico, dado que ela pode ser apresentada em indivíduos “normais ou quase normais, relacionando-se a dificuldades inerentes ao desenvolvimento emocional” (Winnicott, 1956/2000b, p. 406).

Nota-se, portanto, que o papel da mãe e do ambiente suficientemente bom não se limitam ao bebê. O autor destaca que, para o crescimento, é necessário um atravessamento completo entre o indivíduo e o ambiente facilitador, ou seja, o adolescente ainda precisa de pais (e do ambiente facilitador) que o auxiliem e sirvam de escada para seu crescimento (Winnicott, 1968/2005b). Portanto, fica claro o quanto é indispensável o suporte da família e da sociedade para o desenvolvimento do adolescente, visto que essa é uma etapa da vida na qual ele tem a oportunidade de reeditar as experiências vividas na primeira infância e, assim, fortalecer as conquistas e internalizar as que não foram agregadas nas fases anteriores (Winnicott, 1961/2005a, 1968/2005b). Aberastury e Knobel (1981) acrescentam que, quando não é possível ao adolescente o ambiente facilitador – no qual os pais são ausentes ou mesmo permitem que os filhos tenham liberdade excessiva, quando na verdade ainda precisam da dependência – o adolescente pode se sentir ameaçado. Tardivo (2007a) completa que ele poderá se sentir vulnerável, o que será mais intenso de acordo com o ambiente em que ele está inserido.

Nessa perspectiva, Kuperman (2008) escreve que no abandono o indivíduo desenvolve um autoabandono de uma parte de si. Já quanto à liberdade excessiva, Outeiral (1994) enfatiza que crianças e adolescentes pedem por limites, pois, para atingir um funcionamento maduro, a mente – inicialmente desorganizada – precisa de um continente que a contenha, o que é possível com a ajuda dos limites, colocados pelos pais. Vélez e Figueredo (2015) esclarecem que o limite não é sinônimo de tirar a liberdade, e sim se interessar e prestar atenção na vida do filho adolescente, possível pelo diálogo sincero, permitindo que a família seja um agente de socialização para o desenvolvimento psicológico e fonte principal dos afetos.

Em famílias bem constituídas, presentes, na qual o adolescente percebe que pode contar com um ambiente suficientemente bom para sustentá-lo, ele poderá passar pela fase de modo relativamente saudável; no entanto, em famílias doentes ou mal constituídas, em que os pais não se colocam como responsáveis pela saúde física e psíquica do adolescente, ele poderá sofrer dificuldades nessa travessia, passando por uma falsa maturidade (Outeiral & Araújo, 2001; Naffah Neto, 2014; Winnicott, 1967/1975b). Nota-se, portanto, que sendo a adolescência uma fase de muitas mudanças, é necessário que o adolescente encontre um suporte em sua família para assim conseguir fazer a travessia entre infância e vida adulta de forma saudável.

Segundo Winnicott (1968/2005b), essa passagem não pode ser acelerada, mas poderá ser interrompida ou distorcida caso os pais não consigam lidar com as dificuldades de cuidar do adolescente. O autor ainda escreve que a melhor “cura” para a adolescência é a passagem do tempo, mas, para que isso aconteça da melhor forma, ele precisará confiar que o ambiente atenderá suas necessidades e gesto espontâneo e, assim, seguir com seu “vir a ser” (Winnicott, 1967/1975b).

Apesar de ainda precisarem muito dos pais, essa fase é marcada pela separação entre adolescente e seus pais, associada ao crescimento do adolescente, período no qual o jovem é capaz de interessar-se por si mesmo e continuar existindo para si, possibilitando-o a flutuação entre a independência rebelde e a dependência regressiva (Winnicott, 1961/2011). Essa separação, junto a outros processos de mudanças que o adolescente está vivendo (a aceitação do novo corpo, a busca de uma nova identidade e a necessidade da independência), leva-o à necessidade de elaborar três lutos fundamentais, como descritos por Aberastury e Knobel (Aberastury, 1983; Aberastury & Knobel, 1981):

- 1) Luto pelo corpo infantil: o adolescente vive a perda do corpo infantil, mas com uma mente ainda na infância. A integração do novo corpo no funcionamento mental leva à renúncia da ambiguidade sexual infantil (direcionando para a identidade sexual adulta) (Aberastury, 1983; Aberastury & Knobel, 1981; Jerónimo, 2013). O corpo infantil vai se

transformando em corpo adulto, o qual o adolescente ao mesmo tempo teme, desconhece e deseja. Nessa fase, ele irá habitar e experimentar um novo corpo que, por um lado deseja, mas por outro, é uma ameaça, levando-o a buscar refúgio regressivo em seu mundo interno (Outeiral, 1994).

Tal situação produz um fenômeno de despersonalização que domina o pensamento do adolescente. À medida que se desenvolve, o adolescente passa a negar a perda de seu corpo infantil (temporariamente) e, com o apoio da família e contato com o mundo real, elabora essa perda e começa a aceitar sua nova personalidade (Aberastury, 1983; Aberastury & Knobel, 1981).

2) Luto pela identidade e pelo papel infantis: durante a adolescência, principalmente no início, há uma confusão para o adolescente, pois não pode manter a dependência infantil e ainda não pode assumir a independência adulta, levando-o a sentir o fracasso da despersonalização. É característica comum dessa etapa o pensamento compatível com o ideal dos pares (em que encontram estabilidade e apoio) (Aberastury, 1983; Aberastury & Knobel, 1981).

3) Luto pelos pais da infância: durante a adolescência, os pais da infância passarão por um processo de desconstrução, o que representará uma ruptura no processo de identificação do jovem, levando o adolescente a negar as mudanças e o papel dos pais e do vínculo com eles, tendo os pais também de elaborar essa perda da relação de submissão da infância. Essa é uma etapa em que o adolescente se refugia em seu mundo, o que facilita a conexão com os objetos internos, buscando a ligação afetiva com os pais da infância, introjetados. As figuras dos pais da infância mudam para serem substituídas pelos pais atuais (Aberastury, 1983; Aberastury & Knobel, 1981; Almeida & Dagash, 2019).

Nos processos de luto, de acordo com Freud (1917[1915]/1996), há um desligamento libidinal do objetivo perdido, que ocorre de forma lenta e gradual, e apenas quando esse processo é elaborado é possível a separação do objeto perdido e a libido poderá ser investida em um substituto. Ao transpor essa definição para os lutos vividos pelos adolescentes, nota-se que cada um dos três lutos apresentados se configura em “objetos perdidos”, do qual o jovem terá a complicada tarefa de direcionar a libido para o novo corpo, papel e pais que estão sendo construídos, o que possibilita a integração do seu Eu à sua nova realidade. Calligaris (2014) explica que a rebeldia dos adolescentes pode ser compreendida como um processo de irritação, em busca de um ideal de independência e desejo de autonomia, uma vez que não veem reconhecida as potencialidades que seu corpo e papéis que estão assumindo. Ferreira (2015), em seu estudo, identifica nos adolescentes a frequência do sentimento de nostalgia, considerado

pela autora como uma característica comum aos participantes por ainda estarem em processo de elaboração dos lutos da infância, que pouco a pouco vai sendo deixada para trás.

Esses três lutos correspondem às perdas da identidade infantil e faz com que o adolescente tenha de buscar uma nova identidade a fim de assegurar sua condição de adulto; é a elaboração desses lutos que permitirá ao adolescente “colocar seu corpo, papel e seus pais infantis no passado, aceitar a passagem do tempo” (Aberastury e Knobel, 1981, p.119). Quanto maior a elaboração dos lutos, melhor será o processo identificatório e, assim, mais o adolescente sentirá o seu mundo interno fortalecido e preparado para os desafios da vida e menos conflitiva será essa fase. Esse é um processo lento, no qual os princípios dos adolescentes ora são negados, ora afirmados, em um conflito entre a necessidade de independência e a nostalgia da dependência (Aberastury, 1983).

No entanto, esse processo pode ser agravado (nos casos em que o comportamento dos pais é de incompreensão), necessitando de permanentes ensaios e provas de perda e recuperação, alternando a identidade adulta e infantil (Aberastury, 1983). Ao contrário, quando há um ambiente no qual seja possível pensar, e não atuar, Tardivo (2004, 2007a) afirma que é possível ao adolescente se desenvolver de forma harmoniosa. Aberastury (1983) declara que entrar no mundo adulto significará a perda definitiva da condição de criança, que vem acompanhada de repletas modificações internas, o que vai definindo a personalidade e a ideologia do indivíduo.

Com a entrada para o mundo adulto, o adolescente vai se apropriando de novos papéis, o que acarreta indecisões, inquietações, entusiasmos *versus* desânimos repentinos, o que a autora intitula “psicose normal” (Machover, 1926/1991). Aberastury e Knobel (1981) descreviam os adolescentes, ao mesmo tempo, apresentando forte expansividade social, períodos de energia e coragem incomensurável, cheios de luta e ideais, podendo ser prontamente convertido em retração social, sentimentos de depressão, incertezas, passividade e desânimo, dentro do que se poderia chamar crise, e não como algo patológico. As angústias vividas pelo adolescente o levam a um recolhimento necessário, algo que Naffah Neto (2014) denominou de depressão normal, movimento em que o adolescente se recolhe ao seu mundo interno na tentativa de reorganizá-lo e diminuir as angústias frente aos objetos ameaçadores. Esse recolhimento é um aspecto importante de uma característica do adolescente: o isolamento, o qual é vivenciado por ainda não ter um lugar definido no mundo objetivo.

A partir dos comportamentos comuns aos adolescentes, Aberastury e Knobel (Aberastury, 1983; Aberastury & Knobel, 1981) apresentam dez “sintomas” do que denominaram de “síndrome de adolescência normal”. Apesar do título “síndrome”, os autores frisam que esse é

um movimento comum no processo do desenvolvimento e que a intensidade dos conflitos apresentados pelos “sintomas” será consequência das experiências vividas e da relação com o ambiente desde os primeiros anos de vida. Dentre as características dessa “síndrome”, destaque-se a já mencionada separação progressiva dos pais; a necessidade de fantasiar e recorrer ao mecanismo de defesa de intelectualização; a atitude social reivindicatória; a evolução sexual que parte do autoerotismo para a genitalidade do heteroerotismo; o deslocamento temporal, com episódios de atemporalidade; a tendência grupal; a busca da identidade e de um si mesmo claramente definidos, dentre outras especificidades (Aberastury, 1983).

Sobre a tendência grupal, Dolto (1990) afirma que está presente em quase todos os adolescentes e funciona como uma forma de complementaridade, assim como de obter segurança, equilíbrio e neutralidade. Forma-se um agrupamento de indivíduos isolados; isolamento que poderá ser vivenciado como experiências reais de trocas entre as diferentes individualidades, resultando nas novas relações, levando-os à socialização (Winnicott, 1961/2011, 1987/2002).

Conforme o adolescente vai elaborando a perda dos pais da infância, as relações de amizade vão ganhando espaço, pois ele buscará em seus pares uma rede de apoio. Os grupos também permitem ao adolescente enriquecer a percepção do mundo e rever os valores. Dessa forma, o grupo de amigos marca a passagem do sujeito do universo familiar para o social (Esslinger & Kovacs, 2004). Nessa perspectiva social, a amizade e a lealdade ao grupo possibilitam a alcançar um sistema de regras da vida em sociedade, compreendendo os valores do grupo social (Foelsch et al., 2012; Jerónimo, 2013). Os grupos também têm sua importância na medida em que neles o adolescente busca uma estrutura na qual se identificar, auxiliando na promoção do autoconhecimento, compreensão e alívio emocional, favorecendo à diminuição de *actings* e melhorando a expressão de sentimentos (Almeida, 2014; Sei & Zuanazzi, 2016).

A busca pela identidade é outra característica importante apresentada pela “síndrome normal da adolescência”, considerada por Erikson (1968/1976) a função principal da adolescência normal. Tardivo (2004; 2007a) apresenta a colocação de Ajuriaguerra (1985), ao afirmar que a adolescência só pode ser compreendida por meio do conhecimento das pulsões e das defesas, dos bloqueios e dos processos de identificação que evoluem para a busca da identidade. Segundo a autora (fundamentada pelas contribuições de Carvajal, 1993), os adolescentes que não encontraram na família e na sociedade as condições necessárias para viverem seus conflitos ficam impedidos de dar conta da tarefa fundamental da adolescência: a busca pela identidade. O desenvolvimento da identidade se inicia no bebê e vai se configurando com tudo o que acontece durante o crescimento e continua ao longo de toda a vida, mas durante



a adolescência é que as experiências mais importantes da tomada da consciência da própria identidade são encontradas (Outeiral, 1994).

Aberastury e Knobel (1981) ressaltam que o adolescente não busca ter uma identidade, visto que já tem a identidade adolescente, que possibilitará a continuidade do ciclo de desenvolvimento, atingindo à identidade adulta. Contudo, a busca da identidade adulta somada à angústia de não saber quem é pode induzir o adolescente a se identificar com figuras negativas e ter comportamentos de risco, o que será compreendido como uma possibilidade real de existir e de adquirir a identidade a qual busca. Os grupos têm um importante papel nesse sentido, pois o adolescente irá buscar neles a aprovação, segurança e relevância pessoal para conquistar o sentimento de ser ele próprio, buscando no próprio meio modelos de identificação e, assim, transfere para os pares o papel que antes era da família, da qual começa a se afastar na busca de sua individualização (Aberastury & Knobel, 1981; Levisky, 1995).

A identidade é definida por Erikson (1968/1976; Pereira, 2005) como o reconhecimento do indivíduo de ser uma pessoa “única”, inserido em uma determinada sociedade e que é capaz de dominar ativamente seu ambiente com segurança. Foelsch et al. (2012, p. 58) acrescentam que “a identidade é um princípio fundamental que permite ao indivíduo funcionar de forma autônoma. Desempenha um papel importante na autoestima e na forma como vê a si mesmo, assim como a capacidade de diferenciar seu *Self* dos demais” (tradução livre da autora)<sup>2</sup>.

Erikson (1968/1976) considerou que o homem está em constante mudança e propôs oito estágios sobre o desenvolvimento da personalidade. Em cada estágio há um conflito predominante, resultante de forças psicossociais, que é influenciado pelo estágio anterior e influenciará o senso de identidade do estágio seguinte. Durante o processo de formação de identidade na adolescência, o autor escreve que o indivíduo sintetiza e se desfaz de suas identificações e introjeções anteriores, resultando em uma identidade integrada. Os desafios que enfrenta durante esse processo, os avanços e recuos a estágios anteriores são conflitos que caracterizam as crises de identidade, no entanto, sem ser algo negativo, e sim referente às angústias do próprio desenvolvimento, que possibilitará o amadurecimento.

Foelsch et al. (2012) acrescenta que a crise de identidade surge quando as experiências físicas e psicológicas estão em discrepância e o adolescente se depara, ao mesmo tempo, com demandas da intimidade física, escolha profissionais e autodefinição psicossocial. As autoras também esclarecem que, na adolescência, ao longo de situações e momentos de experimentação

---

<sup>2</sup> La identidad es un principio fundamental que permite al individuo funcionar de forma autónoma. Juega un papel en la autoestima y en cómo se ve uno mismo, así como en la capacidad para diferenciar el *Self* de los demás.

de diferentes papéis, a continuidade do *Self* persiste mesmo na crise de identidade, resultando em uma identidade bem integrada.

Matheus (2008) destaca outro ponto importante a ser considerado sobre a crise da adolescência. O autor enfatiza que, ao considerar a adolescência também relacionada a uma sociedade e história, na qual há distintas realidades, a crise não pode ser compreendida da mesma forma para todos os adolescentes. Apesar de compreendê-la como uma consequência do processo de subjetivação, ele acrescenta que a crise é algo característico da contemporaneidade, considerando o ideário de indivíduo que se tem atualmente e, portanto, ela sofre variações de acordo com cada tradição cultural e organização social.

Erikson (1968/1976) aponta que o conflito típico da adolescência se denomina *identidade x confusão de papéis* e é nesse estágio que o adolescente buscará conquistar sua identidade psicossocial, sua singularidade e seu papel no mundo. Essa conquista será possível por meio da experimentação de diversos papéis e busca por referenciais, transitando pelos conflitos e identificações da infância (que poderão ser confirmadas ou repudiadas), rejeitando o que não o representa e se apropriando do que o retrata, contribuindo para novas formas de ser visto. A experimentação dos papéis envolve tanto a relação consigo como com os pares, sexo oposto e papéis específicos da vida adulta, o que possibilitará ao adolescente desenvolver seu senso de identidade. Ao não encontrar suas respostas, não ter vivenciado aspectos positivos dos conflitos anteriores e não ter encontrado boas experiências nos papéis vivenciados, o adolescente pode desorganizar-se e perder suas referências, aproximando-se do polo negativo do conflito: *confusão de papéis*. Essa confusão demonstra que ele ainda não descobriu a si próprio (Erikson, 1968/1976) ou, conforme escreve Matheus (2008), ao não ter algo que sirva como um ponto de identificação, o adolescente não encontra referências simbólicas compartilhadas que dizem respeito a si, deparando-se apenas com a imagem de um adolescente em crise.

Foelsch et al. (2012) dedicam seu texto à necessidade de diferenciar a crise normal de identidade do adolescente com a difusão da identidade. Segundo as autoras, na crise de identidade o adolescente apresenta dificuldades emocionais e comportamentais, mas ainda assim é capaz de manter uma identidade única, integrada e diferenciada do outro e, geralmente, é resolvida com a estabilização da identidade, o que ocorre por meio de um funcionamento adaptativo. Por outro lado, a difusão da identidade pode ser compreendida como uma falha na consolidação da identidade em cada etapa do desenvolvimento, sendo a base para patologias da personalidade, que levam a um amplo espectro de comportamentos disfuncionais ou não adaptativos, por exemplo o Transtorno Limítrofe de Personalidade (TLP).

Normandin et al. (2015) estudaram quatro grupos de adolescentes, sendo três deles com TLP e um com o que nomearam TLP transitório. Nesse último, foram identificados crianças e adolescentes sem sintomas e sem predisposição aparente para desenvolver o transtorno e com características mais relacionadas à crise da adolescência. Por outro lado, os outros três grupos de adolescentes com TLP manifestaram aspectos condizentes com a difusão da identidade. A diferenciação entre crise e difusão da identidade é necessária para que possam ser realizadas intervenções nos casos de difusão, durante esse período crítico da adolescência, para que o adolescente possa desenvolver uma personalidade mais integrada, evitando a evolução para um transtorno de personalidade.

Para explicar sobre a difusão da identidade, Foelsch et al. (2012) utilizam das contribuições do modelo elaborado por Paulina Kernberg para a compreensão da patologia da identidade de crianças e adolescentes (Kernberg et al., 2003), que descreve a difusão da identidade como uma falta na integração entre o *Self* e outros objetos significantes, dificultando a compreensão e a percepção que o paciente tem de si e de outras pessoas importantes em sua vida. As autoras apresentam como características da difusão da identidade:

Perda da capacidade de autodefinição, déficit no funcionamento autônomo, perda da integração do conceito de *Self* e de outros significantes, falta de resolução do estágio de desenvolvimento de separação/individualização; representações instáveis do objeto e do *Self*, perda de perspectiva, autodescrições caóticas, descrições dos outros em termos clichês, contraditórios ou rígidos; perda da capacidade de autodefinição, pseudosubmissão ou pseudorrebelião, superego desintegrado, dificuldade no compromisso com o trabalho, nas relações íntimas, nos valores, nos objetivos; superidentificação com grupo ou papéis estereotipados e uma dolorosa sensação de incoerência. (Foelsch et al., 2012, p. 59. Tradução livre da autora)<sup>3</sup>

As autoras acrescentam que a difusão de identidade leva a uma sensação de confusão e/ou incoerência sobre si, incapacitando o indivíduo a encontrar seu próprio sistema de valores e papéis, levando-o a assumir emoções, crenças e pensamentos de outras pessoas. Adolescentes que expressam uma relação empobrecida, inconsistente ou contraditória com sua imagem, gênero, senso de identidade, questões sociais e étnicas, não apresentam consistência em suas atitudes e comportamentos, têm dificuldades na integração de um *Self* passado, presente e futuro e nos aspectos positivos e negativos do *Self*, correm risco de sofrer uma difusão da identidade.

---

<sup>3</sup> Pérdida de la capacidad de autodefinición, déficit en el funcionamiento autónomo, pérdida de integración del concepto del *Self* y de otros significantes, falta de resolución del estadio del desarrollo de separación/individuación; representaciones de objeto y del *Self* inestables, pérdida de perspectiva, autodescripciones caóticas, descripciones de los otros en términos de cliché, contradictorias o rígidas; pérdida de capacidad para la autodefinición, pseudosumisión o pseudorebelión, superyo desintegrado, dificultad para el compromiso laboral, las relaciones íntimas, valores, objetivos; sobreidentificación con grupos o roles estereotipados, y una dolorosa sensación de incoherencia.

Esses adolescentes frequentemente apresentam problemas na escola e no desempenho acadêmico, na família e nas relações interpessoais, dissociação na conduta sexual e na intimidade emocional e podem apresentar comportamentos antissociais (Foelsch et al., 2012; Normandin et al., 2015).

À vista disso, essa fase poderá ser mais ou menos patológica dependendo do processo de identificação e dos lutos que puderam ou não ser elaborados adequadamente pelo adolescente. A elaboração do luto pelo adolescente e a busca pela identidade adulta encontrarão forças nas primeiras figuras introjetadas da vida emocional, as quais formam a base do ego, como apresentado. Uma boa relação com esses objetos internalizados é o que facilita o bom ajuste emocional e o estabelecimento da identidade, uma vez que a integração se torna um caminho possível.

Tardivo (2007a) atribui valor especial aos componentes psicossociais da adolescência e escreve que, frente às dificuldades observadas na adolescência, deve-se considerar o conjunto: subjetividade do indivíduo, ambiente no qual está inserido (família e sociedade), assim como a história atual, visto que a sociedade de hoje apresenta particularidades que precisam ser consideradas ao se discutir o desenvolvimento individual.

Erikson (1968/1976) já em 1968 compreendia a crise comum da adolescência como efeito do tempo, dado que as rápidas mudanças da modernidade levam a dificuldades na transmissão da tradição de pais para filhos. Dolto (1990), no final da década de 1980, e mais recentemente Matheus (2012) explicam que na atualidade há uma fragilidade nas funções desempenhadas pelos ritos de passagem pela falta de recursos sociais a serem compartilhados, consequência de não existir mais a necessidade de um modelo familiar ou social em que o filho tenha de suceder o pai e ser essa figura de modelo, levando a uma “pane do sujeito” que deverá encontrar sozinho dispositivos que o ajudem a confrontar os percalços dessa passagem da infância para a vida adulta, dado que não encontram um campo simbólico que indique como e quando se deixa de ser criança e se insere no mundo adulto, tornando o adolescente seu próprio ritual. A autora esclarece que os rituais de passagem atuam como forma de elaborar a infância que está sendo deixada e, mesmo com a fragilidade social em compartilhar seus recursos, é necessário que haja uma forma de responder à tentação do perigo, com certa prudência, e ajudar o adolescente a deixar a infância (Dolto, 1990).

Desse modo, da mesma forma que os rituais de passagem se transformam de acordo com a sociedade e o momento histórico, o adolescente não é o mesmo de uma geração para a outra, por refletir a imagem sociocultural e histórica na qual está inserido. Em seu estudo, Damini (2021) esclarece que para compreender o desenvolvimento psicossocial do adolescente da

atualidade é necessário considerar as novas tecnologias virtuais e de comunicação, visto que o jovem está imerso nesse contexto, no qual busca as experiências para construir sua identidade. O autor escreve sobre a realidade virtual, que em muitos momentos se confunde com o real com o uso das redes sociais, as quais permitam ao sujeito exibir sua própria vida – seja de forma verdadeira ou não – com o objetivo de buscar aprovação dos outros por meio dos *likes*.

A pesquisa de Damini (2021) contou com a participação de cinco adolescentes entre 12 e 17 anos e identificou se as redes sociais são compreendidas pelos jovens como um lugar seguro para expressarem suas opiniões e encontrarem grupos com os quais se identificam. Contudo, as redes sociais eram usadas como uma forma ilusória e precária de compensar uma falta relativa às questões internas do psiquismo, como a solidão. Os participantes também demonstram muita preocupação e valor na forma como o outro vê e o que pensa sobre suas postagens, apresentando a necessidade de se sentirem refletido e, ao mesmo tempo, identificado com uma publicação que muitas vezes não corresponde ao real.

Almeida e Naffah Neto (2019) questionam se o indivíduo estaria preenchendo a solidão com a participação nas redes sociais, as quais transformaram a solidão – compreendida como benéfica e necessária para o desenvolvimento emocional – em algo negativo, que precisa ser evitado, considerando que a sociedade contemporânea, no uso das redes na internet, impõe que as pessoas sejam felizes e satisfeitas, tornando a tristeza um sinal de fraqueza. Dessa maneira, as postagens apresentam em seus conteúdos atestados de felicidades e realizações – verdadeiras ou fictícias – com os quais o adolescente espera ser aprovado pelo outro (por meio dos *likes* e *views*). A falta dessa aprovação, segundo os autores, pode revelar no indivíduo um sentimento de angústia sufocante, caindo por terra a ilusão de que *likes* preencheriam a lacuna da solidão.

As publicações em redes sociais também parecem revelar a busca de uma identidade, que é construída com base na imagem que se quer transmitir, de tal forma que, mais do nunca, precisa do olhar do outro para existir, tornando a solidão algo insuportável. Assim, a identidade passa a se constituir de forma ilusória por meio de uma suposição do que levaria a aprovação do outro, anulando-se diante desse olhar (Almeida e Naffah Neto, 2019).

Em vista disso, os autores concluem que quanto mais o indivíduo se anula, visando atingir o ideal imaginário do outro, encobre cada vez mais do *Self* verdadeiro. Estar só – tão evitado com o uso das redes sociais – é uma capacidade importante para o desenvolvimento emocional desde início da vida, pois somente quando está só o bebê consegue descobrir sua vida pessoal própria – *Self* verdadeiro – e, do contrário, quando não é possível relaxar em sua própria companhia e a solidão se torna ameaçadora, a alternativa patológica é uma vida falsa, respaldada por reações a estímulos externos – falso *Self* patológico (Winnicott, 1958/2007a),

como acontece nos casos apontados por Almeida e Naffah Neto (2019) com o uso das redes sociais.

Diante o exposto, nota-se a importância de se considerar o adolescente dentro de um desenvolvimento biológico, psicológico e sócio-histórico. Nos casos em que esses eventos não apresentem excessivas perturbações, ou o adolescente não apresente traumas ou patologias já instaladas, a passagem do tempo o levará à retomada do processo de socialização e avanços na elaboração da identidade adulta, de forma gradual como consequência do processo de amadurecimento. Nas palavras de Winnicott (1961/2005a, p. 84) “a cura da adolescência vem do passar do tempo e do gradual desenrolar dos processos de amadurecimento; estes de fato conduzem, ao final, ao aparecimento da pessoa adulta”.

No entanto, em meio aos conflitos evidenciados na adolescência, atrelados à vivência em uma sociedade com uma estrutura social que pode ser mais fragilizada, cada vez mais é possível observar adolescentes em comportamentos de risco, tais como drogadição, transtornos alimentares, comportamentos sexuais de risco, atuações auto e hetero destrutivas, por exemplo os comportamentos autolesivos (Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006), foco desta pesquisa e que requerem um estudo e compreensão mais aprofundados de forma a se poder prevenir e propor formas de intervenção.

## **1.2. Comportamento autolesivo em adolescentes**

O comportamento autolesivo apresenta como principais características lesões provocadas no próprio corpo que, em geral, têm como objetivo reduzir emoções negativas (tensão, ansiedade, autocensura), podendo se relacionar também com uma dificuldade interpessoal ou autopunição, acompanhada de uma sensação imediata de alívio (American Psychiatric Association, 2014). Arcoverde e Soares (2012) sugeriram em seu estudo empregar o termo autolesão ao invés de automutilação, considerando que a primeira se refere ao ato de machucar intencionalmente o próprio corpo, que pode resultar em ferimentos graves, mas que não tem a intenção consciente de suicídio, já a automutilação, segundo as autoras, manifesta ferimentos mais graves e violentos, o que provoca uma desfiguração do indivíduo. A 5ª edição do Diagnóstico de Saúde Mental (DSM-5) propõe o uso do termo “autolesão não suicida”, apresentando sua descrição no capítulo dedicado a estudos posteriores, e descreve tal comportamento como a realização de ferimentos pelo indivíduo sobre si mesmo, provocados sem intenção de morte declarada (American Psychiatric Association [APA], 2014). Esse comportamento também deve ser diferenciado dos rituais religiosos ou culturais, tatuagens,

piercing, pois se trata de um fenômeno não socialmente aceito, e não é limitado a tirar cascas de feridas e roer unhas (critério E da Autolesão Não Suicida, segundo o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014).

Estudos indicam o início do comportamento autolesivo no começo da adolescência (American Psychiatric Association, 2014; Brown & Plener, 2017; Giusti, 2013; Guerreiro & Sampaio, 2013; Ferreira et al., 2021; Plener et al., 2015), o que é compreendido por Guerreiro e Sampaio (2013) como um sinal de “adolescência patológica” (p. 214). Nesse sentido, Luyckx, Gandhi, Bijttebier e Claes (2015) entendem que o comportamento autolesivo frequentemente tem seu início na adolescência por ser também a fase da construção da identidade, a qual desempenha um importante papel na autolesão, visto que estudos associam o comportamento a um sintoma da difusão de identidade. Ferreira et al. (2021) encontrou em seus estudos o predomínio da autolesão no público feminino, no entanto, destaca que faltam estudos sobre o tema na população masculina, sendo as meninas a maioria das participantes nos estudos.

As pesquisas de Plener et al. (2015) indicaram um padrão que aponta para um curso natural do comportamento autolesivo: a pesquisa realizada com adolescentes mais jovens revelou uma tendência ao aumento das taxas de autolesão, ao passo que o estudo com adolescentes mais velhos e adultos demonstra diminuição desse comportamento. A autolesão pode cessar sem qualquer tipo de intervenção – supostamente pelo desenvolvimento de mecanismos mais eficientes, que ajudam a enfrentar situações negativas – mas, em outros casos, é possível que persista por anos, podendo, principalmente nos casos mais graves, ocasionar a morte do indivíduo, mesmo não sendo esse o objetivo do comportamento autolesivo (Giusti, 2013).

Os estudos pesquisados encontraram na literatura frequência significativa do comportamento autolesivo em adolescência em todo o mundo: em média 17% dos adolescentes relataram já terem praticado autolesão (Luyckx et al. 2015; Nock, 2009; Plener et al., 2015; Tang et al., 2021; Zetterqvist et al., 2020). Quando considerado adolescentes com algum quadro psiquiátrico confirmado, esse número salta para 40 a 50% (Plener et al., 2015; Zetterqvist et al., 2020).

Luyckx et al. (2015) trabalharam com 508 adolescentes com média de idade 16 anos e encontraram que 16,5% dos participantes já haviam se envolvido com comportamento autolesivo ao menos uma vez, sendo que desses, 4,9% ainda praticavam os autocortes. Tang et al. (2021) realizaram um estudo inovador em Taiwan, examinando a prevalência de autolesão durante o surto da Covid-19 em 1.060 adolescentes e encontraram dados alarmantes: 40,9% dos

adolescentes apresentaram comportamentos autolesivos e desses, 18,1% tiveram o comportamento apenas uma vez e o restante (81,9%) realizaram a autolesão duas vezes ou mais.

No Brasil, o Ministério da Saúde publica periodicamente os dados das notificações de atendimentos de violência e acidentes atendidos em serviços médicos: o VIVA inquérito (Ministério da Saúde, 2013, 2017). A violência autoprovocada é um dos dados notificados pelo VIVA, porém não muito especificada. Os dados desse tipo de violência, na pesquisa de 2009 a 2011, encontraram que nas 24 capitais e no Distrito Federal, dos casos atendidos dessa violência no sexo masculino, 15% eram de pré-adolescentes e adolescentes entre 10 e 19 anos e, no sexo feminino, esse número subiu para 22,9%. Considerando todas as cidades pesquisadas (24 capitais, Distrito Federal e mais 11 municípios), a lesão autoprovocada foi notificada em 9% de todos os atendimentos nessa mesma faixa etária, sendo 9,6% entre as meninas e 7,7% entre os meninos (Ministério da Saúde, 2013). Os dados mais recentes são da pesquisa de 2013 a 2014 (Ministério da Saúde, 2017) e demonstram que, nas 24 capitais e no Distrito Federal, esse número subiu entre os adolescentes do sexo masculino (20,2%) e diminuiu entre as garotas (17,2%). No entanto, ao considerar todas as cidades pesquisadas entre 2013 e 2014 (as mesmas da pesquisa publicada pelo Ministério da Saúde, 2013), os dados no Ministério da Saúde demonstram que a violência autoprovocada foi notificada em 12,5% de todos os atendimentos (10,3% no sexo masculino e 13,7% no sexo feminino). Ou seja, de uma forma geral, os dados comprovam o aumento de violência autoinfligida no público estudado por essa pesquisa (Ministério da Saúde, 2017).

Apesar das pesquisas indicarem alto os índices de autolesão, o que leva muitos autores a considerarem o comportamento uma epidemia (Brown & Plener, 2017; Hawton et al., 2012), até há pouco tempo o fenômeno era pouco estudado no Brasil, como pode ser observado na crítica feita por Arcoverde e Soares (2012) e Giusti (2013), e ainda hoje não há um levantamento desses índices no país. Ferreira et al. (2021) realizaram uma revisão integrativa da literatura visando analisar os estudos nacionais dos últimos anos sobre comportamento autolesivo e encontraram poucos artigos publicados, o que foi considerado pelas autoras como confirmação da falta de pesquisas sobre o tema em nosso país. As autoras também apresentam a carência de trabalhos empíricos que estudem o comportamento autolesivo em adolescentes brasileiros. No entanto, foi observado um maior interesse pelo tema a partir de 2018 e atualmente é possível encontrar pesquisas sendo publicadas, resultado de estudos que visam compreender tal comportamento, assim como constatar a relação entre a autolesão e o contexto familiar, social, emocional e fatores biológicos (Bernal, 2019; Chaves, 2018; Fortes & Kother, 2017; Tardivo et al., 2019a; Tardivo et al., 2019b; Venosa, 2015). Outro fator apontado por Ferreira et al.



(2021) e por Guerreiro e Sampaio (2013) diz respeito às diferentes nomenclaturas sobre o comportamento autolesivo, o que dificulta a pesquisa sobre o tema e na comparação de dados epidemiológicos.

O estudo desse comportamento é de grande valor, pois, embora o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) classifique o comportamento autolesivo como autolesão não suicida, a autolesão é um fator de risco para o suicídio (Ferreira et al., 2021; Guerreiro e Sampaio, 2013). Segundo o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), o indivíduo que pratica a autolesão a faz de forma intencional, porém sem intenção consciente de suicídio.

Kovács (2008) diferencia a autolesão do suicídio, pois a lesão autoprovocada é entendida pela autora como um esforço em restaurar o significado da angústia, como uma “tentativa de sobreviver” e evitar a morte, por neutralizar parcialmente os instintos destrutivos. Giusti (2013) corrobora as considerações de Kovács (2008) e, em sua pesquisa, destaca que a autolesão não suicida e o suicídio se diferem, pois, no segundo caso, o indivíduo tenta pôr um fim a todos seus sentimentos, já aquele que pratica a autolesão não suicida se fere buscando se sentir melhor. Breen et al. (2013) acrescentam que o comportamento atua como uma estratégia de autopersistência, visando resistir ou evitar os impulsos suicidas e se manter vivo. Os participantes do estudo realizado pelos autores acima descreveram o comportamento autolesivo como uma forma de “neutralizar uma percepção de ‘perda de si mesmo’” (Breen et al., 2013, p. 60) e ver o sangue foi compreendido como uma evidência de sua existência real, permitindo lidar com a angústia da não existência. Ou seja, os autocortes seriam um meio de prevenir o suicídio, ao aliviar as emoções difíceis. As motivações para tal comportamento, portanto, são o alívio da tensão e deslocamento do foco da dor emocional para a dor física (Kaplan et al., 1997).

No entanto, mesmo sendo considerada como autolesão não suicida, o comportamento é um antecedente importante quando se trata de suicídio em crianças e adolescentes. Guerreiro e Sampaio (2013) identificaram na literatura que em até 40% dos suicídios consumados havia a presença de comportamento autolesivo. Em estudo anterior, Nock et al. (2006) já haviam identificado que 70% dos adolescentes que realizavam os autocortes relataram tentativa de suicídio ao menos uma vez na vida (15% afirmaram terem realizado apenas uma tentativa, ao passo que 55% tentaram duas ou mais vezes). Já nas pesquisas de Zetterqvist et al. (2020), todos os adolescentes participantes com comportamento autolesivo relataram a ideação suicida em algum momento da vida.

Pesquisas nacionais também evidenciam o comportamento autolesivo como fator de risco para o suicídio. A revisão de Giusti (2013) encontrou na literatura prevalência entre 14 e 17% de adolescentes que apresentaram autolesão associada à ideação suicida. Em estudo empírico

mais recente, Souza et al. (2021) trabalharam com oito adolescentes com o comportamento, assistidas por um CAPS I e identificaram na maioria das participantes que, em algum momento, os cortes eram feitos com a finalidade de tirar a própria vida.

Giusti (2013) descreve que, nos adolescentes que manifestaram comportamentos autolesivo e ideação suicida, foi encontrado níveis mais elevados de anedonia e sintomas depressivos, autoestima mais baixa, pior suporte parental e incapacidade de apreciar eventos agradáveis. Contudo, pesquisas recentes realizadas pelo Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do IPUSP – APOIAR – verificaram insegurança, sintomas de ansiedade e depressão, sentimento de culpa e negação dos pensamentos dolorosos em adolescentes com comportamento autolesivo, sem diferenciação entre apresentar ou não ideação suicida (Tardivo et al., 2019a, 2019b). Essa negação dos pensamentos angustiantes pode representar a falta de esperança e incapacidade dessa população de organizar um significado para enfrentar essas emoções (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Os episódios de autocorte podem acontecer de forma crônica ou esporádica, por meio de padrões regulares e/ou repetitivos (Guerreiro & Sampaio, 2013), podem ser pensados por horas, minutos (ou menos) antes de ser executado – o que depende da situação e da oportunidade – e são precedidos por um aumento de tensão, ansiedade, depressão, raiva de si, falta de esperança, sentimento de inferioridade e fracasso, sensação de perda do controle, que culmina na vontade incontrolável de realizar os cortes. Já os fatores que decorrem dos episódios estão relacionados à sensação de bem-estar e alívio momentâneo (que pode variar de algumas horas até dias, retornando os sentimentos que levaram ao comportamento) e/ou sentimento de culpa, vergonha e tristeza por ter se cortado (Giusti, 2013; Zetterqvist et al., 2020).

Os estudos de Giusti (2013) também associam a autolesão às comorbidades dos eixos I e II do DSM-IV, sendo a depressão a mais frequente. Devido às mudanças que ocorrem no indivíduo durante a adolescência (físicas, psíquicas e sociais), o adolescente possui maior vulnerabilidade para desenvolver depressão, apontada como um fator importante de incapacidade na adolescência. Esse transtorno é compreendido como um problema de saúde pública na adolescência por apresentar maior risco de recorrência em outras fases da vida (Antunes et al., 2018; Ferreira et al., 2019; Melo et al., 2017). Contudo, o adolescente faz parte do grupo que menos faz uso de serviços de saúde. Rosa et al. (2019) escrevem que reconhecer o problema é fator determinante para o acesso ao tratamento e, em seus estudos, realizados em Coimbra com 251 participantes com idades entre 10 e 18 anos, os autores identificaram que um terço dos adolescentes não reconheceram uma situação apresentada como sendo depressão,

demonstrando a dificuldade de esses jovens reconhecer e classificar a depressão, o que impede a busca por ajuda.

Alguns autores apontam para a relação entre o crescente uso de redes sociais e o desenvolvimento de depressão e ansiedade (Brito et al., 2019; Fonseca et al., 2018; Tang et al., 2021). Brito et al. (2019) trabalharam com 819 adolescentes, com idade média de 16,76 anos e identificaram que os sintomas depressivos estavam associados ao estilo de vida que necessita melhorar, sendo que os participantes com sintomas depressivos e com adição em Internet apresentaram mais chances de terem esse estilo de vida. O estudo de Tang et al. (2021) traz pesquisas que evidenciam que o consumo excessivo de internet e mídias sociais durante o período de pandemia de Covid-19 é um fator de preocupação para o desenvolvimento de depressão, ansiedade e estresse e concluem que o suporte encontrado pelos adolescentes nas redes sociais, relacionado ao uso excessivo de internet, agrava problemas psíquicos, podendo desencadear o comportamento autolesivo.

O relacionamento entre adolescente e pais podem desempenhar um importante papel no desenvolvimento da depressão, dado que, quanto menor o suporte familiar, maior a sintomatologia da depressão. Antunes et al. (2018) estudaram 566 adolescentes portugueses, com idades entre 13 e 17 anos e encontraram que quanto maior o conflito com os pais e menor a percepção de apoio recebido (principalmente no relacionamento com a mãe), mais elevados os sintomas de depressão. Os autores ponderam que é esperado algum grau de conflito no relacionamento entre pais e filhos no período da adolescência, no entanto, nas situações em que esses conflitos são intensos e prolongados, a dificuldade no relacionamento familiar se associa aos sintomas de depressão. Ao contrário, quanto maior a percepção de afeto, interesse, compreensão, apoio dos pais, diálogo, definição dos papéis na família e regras familiares, menor presença de sintomas depressivos (Antunes et al., 2018; Borges & Pacheco, 2018; Melo et al., 2017).

Da mesma forma que a depressão, a ansiedade é um transtorno comum da adolescência, apresentando alta prevalência nesta faixa etária e, quando não tratada de forma adequada, pode levar o adolescente a expressar pior rendimento escolar, problemas de relacionamentos e riscos de desenvolver outras psicopatologias quando adulto, sendo frequente a associação entre ansiedade e quadros depressivos. Adolescentes com transtorno de ansiedade geralmente manifestam preocupações exageradas com o julgamento do outro, com isso expressam constante tensão (Baptista & Soares, 2017).

Estudos mostram que adolescentes que passam por episódios de autolesão apresentam mais sintomas depressivos e ansiosos (Guerreiro e Sampaio, 2013; Ferreira et al., 2021; Luyckx

et al., 2015; Nock et al., 2006; Plener et al., 2015; Tardivo et al. 2019a; Tardivo et al. 2019b). Zetterqvist et al. (2020) identificaram nos adolescentes que praticam a autolesão, 48,3% respondiam a critérios para depressão e 44,8%, para ansiedade.

Alguns estudos anteriores relacionavam o comportamento autolesivo com transtornos psiquiátricos, atendendo a critérios do DSM-IV para transtorno de personalidade, com destaque para o transtorno de personalidade limítrofe (Nock et al., 2006; Nock, 2009), no entanto, essa relação pode ser arriscada. Nock et al. (2006) afirmam que para atribuir o diagnóstico de transtorno de personalidade em adolescentes é necessário acompanhá-lo por um longo tempo para validar o diagnóstico. Por isso, justificam que é possível encontrar uma limitação em seus estudos quanto ao diagnóstico dos adolescentes pesquisados, pois todos os participantes eram adolescentes internados em uma unidade psiquiátrica. Assim, não podem generalizar esse dado para outros casos, considerando que as taxas de psicopatologia são mais altas em uma unidade psiquiátrica do que na comunidade em geral e que o comportamento autolesivo também ocorre em muitos adolescentes sem nenhum transtorno.

Outros autores concordam que é inadequado associar o comportamento autolesivo com o transtorno de personalidade limítrofe, ou outros transtornos, pois compreendem que nem sempre há sintomas para diagnosticar como transtorno de personalidade (Lim et al., 2019; Plener et al., 2015; Zetterqvist et al., 2020). Plener et al. (2015) compreendem a introdução da autolesão não suicida no DSM-5 como uma forma de evitar equívocos no diagnóstico desses adolescentes, principalmente no que diz respeito ao transtorno de personalidade limítrofe.

Yip (2005) aponta diversas perspectivas envolvidas na compreensão desses comportamentos entre adolescentes, que se configura em fenômeno multidimensional. Dentro desse contexto, muitos autores buscam fatores que possam estar relacionados ao comportamento (Breen et al., 2013; Giusti, 2003; Guerreiro e Sampaio, 2013; Hawton et al., 2012; Ferreira et al., 2021; Lim et al., 2019; Silva & Botti, 2017; Tang et al., 2021; Tardivo et al., 2019a, 2019b; Yip, 2005). Entre os aspectos mais descritos pelos autores encontram-se:

- Eventos negativos e/ou traumáticos ao longo da vida do sujeito;
- Disfunções familiares (abandono/perda real ou afetiva de um ou ambos os pais, violência, desvalorização do indivíduo por parte da família, relação familiar disfuncional, sentir que não recebe afeto e compreensão, uso de álcool e drogas na família);
- Características pessoais do adolescente (falta de mecanismos de adaptação, impulsividade, insegurança, baixa autoestima, instabilidade emocional,

altos níveis de neuroticismo, dificuldade de se expressar verbalmente, sentimento de solidão, má solução de problemas sociais e desesperança);

- Fatores psicológicos e psiquiátricos (principalmente depressão e ansiedade);
- Contato com outras pessoas que se autolesionam/ influência dos pares (amigos e/ou fóruns virtuais);
- Fatores sociais (*bullying*, mídia, internet, dificuldade de relacionamento e amigos com o mesmo comportamento); e
- Questões relacionadas à sexualidade (preocupações relacionadas à orientação sexual).

Perante o exposto, nota-se o comportamento autolesivo como relacionado a diferentes fatores vivenciados pelos adolescentes: nos âmbitos familiar, social e individual. A autolesão ocorre em meio aos conflitos vivenciados pelos adolescentes, ligados à experiência de viver em um ambiente hostil, onde se encontra faltas e privações, tanto familiar como por uma sociedade com estruturas enfraquecidas (Ferreira et al., 2021; Tardivo et al., 2019a, 2019b).

Linehan, já em 1993 (citado por Giusti, 2013) escreveu que ambientes inseguros, inconsistentes, marcados por negligência, violências e repressão das emoções, influenciam negativamente no desenvolvimento do indivíduo, o qual pode apresentar pouca habilidade para regular as emoções, manifestando assim comportamentos mal adaptados, como a autolesão. Esse fato também foi apresentado por Hawton et al. (2012) e, mais recentemente por Tardivo et al. (2019a, 2019b), os quais identificaram nas histórias dos adolescentes com comportamento autolesivo muita dor, um ambiente repleto de falhas, privação, negligência e ausência de um dos pais, além de problemas graves na estrutura familiar e severos conflitos, que acarretam falhas na comunicação, no vínculo e contato com os pais. Nesse sentido, os trabalhos de Tardivo et al. (2019a, 2019b) também apresentaram a necessidade de esses adolescentes serem cuidados, protegidos e compreendidos, mas o que encontram são figuras negativas, que brigam e os desprezam. Esse ambiente gera insegurança, sentimento de inadequação, de falta de proteção, tristeza e solidão.

Retomando Winnicott (1945/2000a), encontra-se a importância do ambiente suficientemente bom como elemento fundamental para o desenvolvimento saudável do indivíduo. Segundo o autor, quando perturbações fundamentais de adaptação ocorrem logo no início do desenvolvimento, a “continuidade do ser” (condição necessária para o desenvolvimento saudável do *Self*) é interrompida – pois o bebê precisa reagir a essas falhas,

vividas por ele como uma invasão a sua continuidade – e essa ruptura leva a um enfraquecimento do Eu do bebê e uma ameaça de aniquilamento do *Self*. Em casos em que não há oportunidade de se recuperar dessas falhas do ambiente, ou seja, quando não é permitido ao bebê experimentar um ambiente suficientemente bom, a “continuidade do ser” não será facilmente recuperada, chegando a casos extremos de o bebê deixar a condição de “ser”, resultando na ameaça de aniquilamento do *Self* do bebê e na desorganização de defesas que o protegem das agonias impensáveis, que poderiam ser evitadas com a função vital da mãe de atingir a preocupação materna primária (Winnicott, 1956/2000b, 1960/2007a). Winnicott (1963/1994) lista cinco tipos dessas agonias primitivas: retorno a um estado não integrado; perda da ligação psicossomática; o cair para sempre; perda do senso de realidade; e perda da capacidade para se relacionar com os objetos.

Aprofundando o estudo nas teorias de Winnicott, é possível compreender e refletir sobre o comportamento autolesivo como consequência das falhas do ambiente (além de outros precursores já descritos), o qual retoma as agonias impensáveis, efeito da falta do cuidado e do olhar que esses adolescentes sentem, como foi apresentado pelos trabalhos de Tardivo e equipe (Tardivo et al., 2019a, 2019b). Assim, é importante pensar as lesões corporais intencionais como uma pista sobre a aflição que esses adolescentes vivem (Le Breton, 2010).

Ferreira et al. (2021) encontraram em seus estudos os autorescortes como uma forma de aliviar angústias que não podem ser verbalizadas, por não ter meios de dar voz ao sofrimento. Assim, o comportamento autolesivo pode se apresentar como uma forma de comunicação – ou sinalização – sentindo como uma tentativa de o adolescente ter suas angústias compreendidas. Nock (2009) acrescenta que essa forma de mensagem ocorre quando outros meios não são possíveis em razão da baixa qualidade da clareza na comunicação ou quando há uma falha nessa comunicação.

Bernal (2019) também apresenta o comportamento autolesivo como uma pista das angústias vividas pelo adolescente, um pedido de ajuda, o qual não pode ser colocado em palavras para direcionar a demanda desse pedido de forma clara e direta, sendo os cortes um apelo em uma comunicação primitiva. No levantamento bibliográfico realizado, a autora encontra a importância do outro na relação com o adolescente, que é quem irá receber a “mensagem” da comunicação. No entanto, depara-se com a ausência do outro, a falta de um espaço de ressonância no qual o adolescente possa ser compreendido. A consequência é a impossibilidade de encontrar palavras para comunicar o sofrimento, restando ao adolescente mostrar, ao invés de dizer. Bernal (2019) conclui que um espaço de escuta, como na psicanálise,

é, portanto, fundamental na conduta clínica desses casos, que convocam o olhar do outro para o fenômeno.

Winnicott (1967/1975b) dedica seu texto “*O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil*” à importância do olhar do outro. Segundo o autor, o olhar do outro tem uma função central no início da vida psíquica, no qual há um investimento libidinal da mãe em relação ao bebê. Esse período leva esse nome, pois quando o bebê olha para a mãe, o que ele vê é a si mesmo (nessa etapa ainda não foi possível a separação entre Eu e não Eu); por outro lado, quando a mãe olha para o bebê, ela reflete aquilo com que ela se parece, ou seja, a mãe pode refletir seu próprio amor, como também a rigidez de suas defesas. Nas ocasiões em que não há o olhar do outro, o bebê tem a experiência de não receber de volta o que está dando, ou seja, ele olha e não se vê: o que vê é o próprio rosto da mãe (Winnicott, 1967/1975b).

O autor questiona em seu texto: “não seria horrível se uma criança olhasse para o espelho sem que nada visse?” (Winnicott, 1967/1975b, p. 183). Bernal (2019) apresenta em seu trabalho que não só para a criança, mas para o adolescente também é cruel não ter esse retorno. A autora coloca em sua pesquisa que o comportamento autolesivo exhibe no próprio corpo a solidão, a sensação de inexistência do si mesmo para o outro e os cortes são um apelo para o olhar do outro, a fim de que reconheça o indivíduo em seu sofrimento, para que assim ele possa sair dessa posição. As pesquisas do APOIAR (Tardivo et al., 2019a, 2019b) também encontraram significativas dificuldades nas relações, e o adolescente clama por proteção, auxílio, cuidado e compreensão, mas não encontra formas de comunicar sua dor, sobressaindo as atitudes autodestrutivas.

Seguindo nessa perspectiva, Guerreiro e Sampaio (2013) compreendem o comportamento autolesivo como “falta de esperança e incapacidade para conseguir um sentido para: lidar com as emoções, organizar um sentido de pertença e manter um sentimento sustentado de bem-estar” (p. 205). Nos estudos dos autores também foi encontrada autolesão somada ao intenso desconforto vivenciado pelos jovens que praticam esse comportamento, associado ao que denominaram de triplo fracasso: no campo individual, familiar e social, que resulta em uma tentativa distorcida de mudar essa situação insustentável.

Estudos demonstram que a dor causada pelos cortes atua como um recurso defensivo frente a sentimentos e/ou sensações negativas, ou seja, é compreendido como uma passagem para simbolização do alívio à dor da sensação de vazio e sentimentos ruins (Ferreira et al., 2021; Souza et al., 2021; Zetterqvist, et al., 2020). Também é possível encontrar nas pesquisas os autocortes como uma forma de se castigar, se punir (Souza et al., 2021).

Le Breton (2010) expõe que os adolescentes que apresentam o comportamento autolesivo procuram uma contenção e um contorno para o corpo (pode-se retomar aqui a importância do *holding*, segundo Winnicott, 1972/1991) que, ao não ser vivenciado nas relações, encontram na dor e nos ferimentos o restabelecimento de um sentido, recuperando o limite entre o dentro e o fora (eu e não eu). A revisão da literatura de Bernal (2019) corrobora as ideias expostas de Le Breton (2010) e acrescenta que os cortes “seriam tentativas de produzir bordas corporais, isto é, de colocar limites na relação do eu com a figura materna” (Bernal 2019, p. 70).

Esse limite é atingido por meio dos impulsos agressivos não controlados, que estabelece a separação interno e externo por meio das dores e cicatrizes: o corpo não é mais sentido como experiência de prazer (Le Breton, 2010). Os estudos da equipe APOIAR identificaram, da mesma forma, que nos adolescentes que apresentaram comportamento autolesivo – em comparação a adolescentes sem esse comportamento – há maior dificuldade para dominar seus impulsos, no contato com a realidade e com o sofrimento, buscando o controle das emoções de forma destrutiva (Tardivo et al., 2019a, 2019b).

Diante das questões que relacionam motivos e fatores de risco para comportamentos prejudiciais, dentre eles aspectos que dizem respeito ao próprio indivíduo (insegurança, ansiedade, depressão, sentimento de culpa, dentre outros), falta de um ambiente suficientemente bom (tanto na esfera familiar quanto na social) e que não possibilita a comunicação do sofrimento, alguns adolescentes encontram na autolesão uma forma de expressar as angústias que vivem. Para esses jovens, é importante um espaço de escuta, no qual se sentiam visto e acolhidos, para que possam comunicar suas angústias e externalizar seu sofrimento de forma mais adaptativa, não precisando dos cortes para comunicar seus sofrimentos. Lim et al. (2019) escrevem sobre a necessidade das intervenções psicológicas em adolescentes que manifestem comportamento autolesivo e acrescentam que mesmo a forma remota das intervenções auxilia na redução e prevalência tanto da autolesão como de ideação suicida.

Dessa forma, é indispensável apresentar a esse adolescente um Espaço Potencial (conforme a teoria de Winnicott, descrito no próximo capítulo), no qual possa favorecer o movimento criativo dos jovens, permitindo se expressar espontaneamente e se sentir acolhido (como encontrado na proposta da Oficinas Psicoterapêuticas), para que assim possa dar significados e contornos aos seus sofrimentos de forma mais adaptativa. É importante, portanto, trabalhos que expressem esse espaço de escuta para esses adolescentes, pois, conforme encontrado por Ferreira et al. (2021), há poucos estudos no Brasil sobre o tratamento da autolesão.



### **1.3. Oficinas Psicoterapêuticas como proposta de intervenção**

Neste tópico, apresentar-se-ão as Oficinas Psicoterapêuticas, como uma proposta de intervenção com adolescentes, por meio da materialidade nos trabalhos com grupos. O desenvolvimento teórico deste item inicia-se com uma revisão sobre os aspectos históricos das Grupoterapias de orientação Psicanalítica elaboradas com base no levantamento de textos de autores nacionais e renomados na área. O propósito dessa revisão é apresentar o percurso, principais autores e fundamentações teóricas sobre as Grupo terapias Psicanalíticas a fim de situar o leitor no desenvolvimento dos trabalhos com grupos, sob o viés da psicanálise, e compreender a epistemologia e ontologia para o trabalho psicoterapêutico apresentado nesta pesquisa: as Oficinas Psicoterapêuticas. No item seguinte, abordar-se-ão os conceitos de enquadre diferenciado, os quais esta pesquisa utiliza, e as fundamentações teóricas de Winnicott que embasam os trabalhos com as Oficinas Psicoterapêuticas, possibilitando compreender os benefícios desse tipo de atendimento psicológico com adolescente.

#### **1.3.1. Grupoterapias Psicanalíticas: aspectos históricos**

Os autores Castanho (2005; 2018), Penna (Penna & Castanho, 2015), Silveira (2015) e Zimmerman (2000) apresentam em seus textos o percurso histórico das psicoterapias em grupo realizadas com a abordagem psicanalítica: os grupos terapias psicanalíticas. A seguir, apresentar-se-ão os dados dos aspectos históricos dos atendimentos psicológicos em grupos com essa abordagem, a qual as Oficinas Psicoterapêuticas se enquadram, tendo como base principal os estudos dos autores apresentados acima.

Segundo Silveira (2015), as primeiras atividades de grupos registradas são de 1905, quando Joseph Hersey Pratty, que, ao invés de fazer visitas nos leitos, reuniu entre 80 e 100 participantes visando à adesão ao tratamento da tuberculose e, com essa atividade, percebeu o potencial terapêutico dos encontros em grupo para a melhora do quadro clínico dos pacientes; assim, estendeu o uso da função terapêutica dos grupos para outros tipos de pacientes. A expressão “psicoterapia de grupo” foi criada anos mais tarde, em 1930, por Moreno, o qual já utilizava a técnica antes de 1920 (Castanho, 2005; Zimmerman, 2000) e contribuiu para muitos conceitos relativos à dinâmica de grupo (termo proposto por Lewin (Castanho, 2005). O psicodrama de Moreno surgiu em Viena, na época tomada pela atmosfera psicanalítica, no entanto, o autor fez poucas referências à psicanálise em seus trabalhos, sobretudo criticando Freud pelo uso excessivo de atendimento individual (Castanho, 2005).

De fato, Freud nunca trabalhou ou orientou investigações psicanalíticas de grupo, tendo desencorajado tal prática. Apesar disso, ele se interessou pelos estudos dos fenômenos coletivos com base na metapsicologia, interessado na interação do indivíduo, sociedade e cultura, como pode ser observado, por exemplo, em seu texto “Psicologia de Grupo e Análise do Eu” (Freud, 1921/1996). Dessa forma, Castanho (2005) afirma, em sua dissertação de mestrado, ser possível encontrar em obras de Freud orientações para o trabalho com grupos, por exemplo no texto citado, no qual Freud apresenta conceitos que foram importantes para o desenvolvimento das teorias psicanalíticas de grupo, sendo eles: *Massenseele* (em tradução literal: alma de massa) e *Gruppenseele* (em tradução literal: alma de grupo).

Esses conceitos foram apresentados por Freud ao escrever sobre Psicologia de Grupo (Freud, 1921/1996), utilizando das ideias de *group mind*, de Le Bon, que na tradução para o português o termo ficou conhecido como “mente grupal”. Nesse texto, Freud não apresenta qualquer referência sobre a técnica de atendimentos psicanalíticos em grupos, mas concepções acerca da influência dos fenômenos sociais (os grupos) na constituição e comportamentos do sujeito, compreendendo o sujeito como fazendo parte de um grupo. É possível encontrar contribuições de Freud para a psicologia dos grupos humanos também nos textos: “Totem e Tabu” (Freud, 1913/1996) e “O mal-estar na civilização” (Freud, 1930/1996).

Utilizando dos estudos de Freud sobre a Psicologia de Grupos, alguns psicanalistas utilizaram dessas compreensões do autor para construir os alicerces para os trabalhos com a psicoterapia de grupo de base teórica psicanalítica. Trigant Burrow foi quem primeiro realizou o trabalho com essa temática no início do século XX e esse psicanalista, embora desencorajado por Freud em 1909, levou adiante suas pesquisas. Em seguida, outros nomes foram surgindo, tais como Slavson e Redl, orientados pela psicanálise do ego, e Wender e Schilder (Castanho, 2005; Zimmerman, 2000).

Segundo Silveira (2015), citando Kaës, os grupos passaram a ter mais procura, impulsionados pelos momentos de crise. Silveira (2015) e Zimmerman (2000) esclarecem que a Segunda Grande Guerra elevou a preocupação quanto à saúde mental, surgindo a urgência na oferta por serviços que fossem fornecidos em larga escala. A psiquiatria e psicanálise entraram em foco para o tratamento de militares, inativados por distúrbios emocionais. Segundo os autores, Bion, Rickman e Foulkes passaram a utilizar os atendimentos em grupos como dispositivo voltado para a reabilitação e readaptação de soldados.

Os dados históricos descritos por Castanho (2005) apresentam que Bion iniciou seus trabalhos com grupo a partir de 1940, atuando em um hospital psiquiátrico do exército. Nesses trabalhos, a psicoterapia de grupo deveria focar na neurose de grupo e, dessa forma, voltada

para o sintoma do grupo, a terapia “estabelece uma relação diretamente proporcional entre a saúde do grupo e a de seus membros” (Castanho, 2005, p. 69). Segundo Zimerman (2000), os trabalhos de Bion possibilitaram contribuições originais sobre o campo grupal, tais como as concepções e designações: mentalidade grupal; cultura do grupo; valência; cooperação; grupo de trabalho; grupo de (pré)supostos básicos; grupo sem líder, contratransferência do grupo terapeuta; dentre várias outras contribuições ainda atuais para as psicoterapias de grupo.

Castanho (2005) e Zimerman (2000) descrevem que em seguida a Bion, Foulkes, em 1948, inaugurou a prática da psicoterapia psicanalítica de grupo (psicoterapia grupo analítica, como era denominada por ele). O autor entendia a terapia com grupos um avanço por permitir o acesso a uma dimensão da patologia, a qual a psicoterapia tradicional não consegue alcançar. Em sua prática, o grupo formava uma nova totalidade, não sendo apenas a soma dos indivíduos (Zimerman, 2000).

Na mesma década, na América Latina, também surgiram experiências com grupos coordenados por psicanalistas, tendo a Argentina como sede da psicoterapia psicanalítica de grupo, pois foi nesse país que muitos psicanalistas se refugiaram durante a Segunda Guerra Mundial (Penna & Castanho, 2015). O destaque foi o argentino Pichón-Revière (1983/2005) que, em 1945, desenvolveu uma técnica específica, o Grupo Operativo, em um trabalho realizado em grupos com adolescentes.

Outro autor argentino importante, principalmente no estudo de novos enquadres no atendimento psicanalítico, foi Jose Bleger, que teve uma relação de continuidade dos trabalhos de seu antecessor, Pichón-Revière. Segundo Bleger (1979/1998), os grupos são instituições complexas, ao mesmo tempo constituídos por um conjunto de instituições, mas também tendem a se estabelecer como uma organização existindo por si mesmos, na qual um conjunto de pessoas interage e partilha de determinadas normas para a realização de uma tarefa, além de também ser uma espaço de sociabilidade, no qual há um tipo de relação “paradoxalmente, uma não relação no sentido de uma não individualização que se impõe como matriz ou como estrutura básica de todo grupo e que persiste, de maneira variável, durante toda a sua vida” (Bleger, 1979/1998, p. 102). Os trabalhos de Bleger (1979/1998) sobre as modalidades primitivas das relações e funcionamento psíquico no grupo permitiram ao autor realizar estudos sobre os enquadres diferenciados, trabalho marcante de sua obra.

No final da década de 1940, muitos brasileiros foram à Argentina estudar psicanálise, onde passaram a conhecer os trabalhos com grupos, influenciados pela obra de Pichón-Revière. O pioneiro nas atividades com grupos no Brasil foi Alcyon Bahia, que, em 1950, ao retornar da Argentina, criou o Serviço Nacional de Doenças Mentais e, em 1954, montou um ambulatório

de psicoterapia de grupo nesse serviço, sendo os primeiros grupos de psicoterapia psicanalítica inspirados nas teorias de Bion (Penna & Castanho, 2015; Silveira, 2015).

Ainda nessa época, as ideias neofreudianas estavam surgindo nos Estados Unidos e, com isso, começaram os estudos com as psicoterapias grupais dentro dessa abordagem teórica. Os autores neofreudianos difundiram a importância do contexto social no desenvolvimento da personalidade, assim como nas manifestações psicopatológicas; Sullivan (Osório, 2008) considerava a personalidade nunca isolada das relações interpessoais e pensou a psiquiatria também como um campo de relações interpessoais. Ele também foi o primeiro a usar a expressão “comunidade terapêutica” para apresentar os benefícios que o coletivo poderia ter sobre o doente mental (Osório, 2008). Sullivan definiu a psicoterapia como uma ciência interpessoal e utilizava de alguns conceito-chaves para sua técnica, entre eles: a importância das relações interpessoais, a estrutura de uma experiência emocional, o grupo como um microcosmo social e o uso do aqui-agora (Saiger et al., 2015). A técnica de Sullivan é conhecida como Psicoterapia Interpessoal (ou interacional) e, embora o autor nunca tenha trabalhado com grupos, suas ideias foram aplicadas por Yalom na Psicoterapia Interpessoal de Grupo (Osório, 2008; Saiger et al., 2015). Segundo Osório (2008), desde a década de 1970, o livro de Yalom *Psicoterapia de Grupo: teoria e prática* é referência para aqueles que queriam estudar grupo terapia.

Assim como aconteceu na Europa, Estados Unidos e Argentina, o interesse pelo trabalho clínico com grupos no Brasil surgiu devido à demanda nos serviços públicos de saúde. A necessidade fez com que psicanalistas, animados com as técnicas de grupo, organizassem institutos de treinamento em psicoterapia de grupo no Brasil, sendo fundada a primeira “Sociedade de Psicoterapia Analítica de Grupo”, em 1958. No entanto, os trabalhos com grupos não eram bem aceitos pelos psicanalistas mais conservadores (Penna & Castanho, 2015; Silveira, 2015).

A partir do final da década de 1950, principalmente nas décadas de 1960 e 1970, o interesse pela psicoterapia analítica de grupo cresceu rapidamente, consequência do aumento da demanda por atendimento psicoterapêutico. Nesses períodos, foram criados no Brasil centros de atendimentos institucionais, o uso da psicoterapia de grupo também chegou nos consultórios particulares e, o que até então era exclusivo de médicos com formação em psiquiatria e psicanálise, passou a ser de interesse de profissionais não médicos, como os psicólogos (Penna & Castanho, 2015; Silveira, 2015).

Apesar de muitos autores terem contribuído para os pilares da psicoterapia psicanalítica de grupo, muitos psicanalistas desenvolviam os trabalhos em grupo, transpondo para a situação

grupais conceitos da psicanálise tradicional (como a transferência, contratransferência e associação livre), sem um amparo teórico que sustentasse o trabalho em grupo. Questões que são específicas dos grupos, como quem deverá ser interpretado: o grupo ou o indivíduo, revelaram-se um problema tanto na técnica quanto na teorização dos grupos, tendo estes adquirido “características antropomórficas e tornando-se em uma grande pessoa” (Silveira, 2015), homogeneizando os participantes do grupo em uma unidade desprovida de singularidade. A dificuldade da época foi encontrar um modelo teórico que fosse capaz de entender o indivíduo no grupo ao mesmo tempo singular e plural (Silveira, 2015).

Na década de 1960, na França, psicanalistas da escola francesa começaram a trabalhar com grupos. Dentre os autores desse período na França, destacaram-se Pontalis, Anzieu e, mais recente, Kaës, os quais contribuíram com importantes referenciais teóricos sobre as dinâmicas de grupo, estruturando uma identidade dos trabalhos psicanalíticos de grupo (Zimerman, 2000). Castanho (2005) coloca que Pontalis usou como citação de seus trabalhos as contribuições de Lewin (década de 1940) e seus seguidores, fazendo referências à escola rogeriana, ao psicodrama de Moreno (década de 1930) e autores predecessores do trabalho psicanalítico com o grupo, por exemplo, os citados anteriormente.

Anzieu (1975/1990) deu continuidade a algumas proposições de Pontalis e a perspectiva de grupo como objeto de investigação pulsional proporcionou ao autor pensar seus trabalhos com grupo fazendo uma analogia do grupo com o sonho e conceito de ilusão grupal: o grupo, para Anzieu, assemelha-se ao sonho, ao sintoma, sendo cada um de seus episódios uma junção de desenho e fantasia (Castanho, 2005). A etapa intermediária entre a fantasia e o reconhecimento da realidade é descrita pelo autor como ilusão grupal. Como suporte dessa teoria, Anzieu buscou amparo na teoria dos fenômenos transicionais de Winnicott, escrevendo que, na ilusão grupal, “os participantes se dão um objeto transicional comum, o grupo, que é para cada um, ao mesmo tempo realidade exterior e substituto, ou melhor, simulacro do seio” (Anzieu, 1975/1990, p. 85).

Aluno de Anzieu, René Kaës (2016) destaca-se atualmente no trabalho com grupos de abordagens psicanalíticas na França, trazendo grandes contribuições para a psicoterapia de grupo psicanalítica. O autor propõe a hipótese de um aparelho psíquico grupal, no entanto, sem transpor para o grupo as categorias da metapsicologia intrapsíquica individual. Dessa forma, o autor rejeitou o antropomorfismo do grupo, empregado até então, pensando a especificidade do inconsciente no grupo, em que há plurissubjetivos vivendo a relação de Eus individuais na experiência intersubjetiva (Castanho, 2018). A vivência dos indivíduos no grupo e em todas as configurações vinculares permitiu a Kaës identificar seu conceito fundamental para a análise

dos grupos: as alianças inconscientes – “elemento teórico fundamental para pensar a passagem entre o intrapsíquico e a realidade psíquica presente nos vínculos e na cultura” (Castanho, 2018, p. 68). Para Kaës (2016), essas alianças funcionam como um sintoma partilhado, em que cada um do grupo contribui e retira benefícios próprios.

De volta ao Brasil, os anos 1970 marcaram o declínio da psicoterapia analítica de grupos no país: esta foi procurada cada vez menos nos consultórios particulares, mas continuou em alguns serviços de saúde, onde a demanda era maior. No entanto, o governo militar da época fechou muitos serviços que eram mantidos em instituições. Esses fatores, juntamente com o monitoramento das atividades de psicanalistas pelo governo, contribuíram para o declínio da demanda e treinamento de psicoterapia psicanalítica de grupo (Penna & Castanho, 2015; Silveira, 2015).

No entanto, as transformações no tratamento da saúde mental ocasionadas pela reforma psiquiátrica permitiram uma reorganização do sistema de saúde público brasileiro no final da década de 1980 e, dessa forma, a expansão da Psicologia nesses serviços e em organizações privadas, favorecendo a demanda crescente por psicoterapia de grupo. A urgência nessa nova demanda aponta novas direções para a psicoterapia psicanalítica de grupo, exigindo novos ajustes e inovações teóricas (Penna & Castanho, 2015).

Os atendimentos clínicos em grupo foram (e muitas vezes ainda são) apresentados como um recurso eficiente, de menor tempo de duração e mais barato. Esse cenário é criticado por Zimerman (2000), ao afirmar que, para o analista trabalhar com grupos, ele precisa primeiro de uma sólida formação em psicanálise e, se por um lado a técnica oferece mais acessibilidade, por outro necessita de mais conhecimento por ser uma área ainda não tão bem consolidada. Dessa forma, é um erro pensar que os grupos beneficiarão toda a demanda de um serviço de saúde. Segundo o autor, os grupos psicoterápicos propriamente ditos, assim como as psicoterapias individuais, podem funcionar por um período curto, mas também longo;

Podem ter uma finalidade de *insight* destinado a mudanças caracterológicas, ou podem se limitar a benefícios terapêuticos menos pretenciosos, como a remoção de sintomas; da mesma forma podem objetivar à manutenção de um estado de equilíbrio (psicóticos egressos, por exemplo): ou podem limitar-se à busca de uma melhor adaptabilidade nas interações humanas em geral. Tudo isso requer uma variabilidade de enquadres, o que também vai determinar uma especificação técnica e tática no emprego das grupoterapias de base analítica. (Zimerman, 2000, p. 95)

Com o isolamento social, necessário para evitar o contágio pelo novo Coronavírus, muitos trabalhos passaram a ser realizados de forma on-line. Com os grupos não é diferente e autores, como Sanchez et al. (2020) e Weinberg (2020) apresentam seus trabalhos buscando adequar os

trabalhos em grupo, antes realizados presencialmente, para a nova realidade, utilizando tecnologia da informação.

Weinberg (2020), da universidade da Califórnia, escreveu em seu artigo que, em busca recente nas bases de dados PsycNET, Google Scholar e PubMed, utilizando como descritor grupo on-line, encontrou poucas referências atuais sobre o assunto. O autor afirmou já trabalhar com atividades em grupo de forma remota desde 1995, inicialmente com um grupo de estudos por trocas de e-mail, passando para videochamadas para aulas on-line e reuniões com alunos e percebeu, com essas atividades, que era possível os processos de grupos on-line. Em suas experiências iniciais, Weinberg (2020) conseguiu perceber que:

As pessoas foram capazes de se abrir, se revelar, interagir, se relacionar umas com as outras em um nível profundo, projetar e transferir experiências para o psicólogo do grupo e para os outros membros do grupo. Resumindo – a dinâmica de grupo on-line parecia semelhante ao que eu conhecia de grupos presenciais. (p. 203, tradução livre da autora)<sup>4</sup>

O autor ainda apresenta alguns estudos sobre grupos (em psicodinâmica e também em TCC – teoria cognitiva comportamental – a mais fácil de ser encontrada) utilizando tecnologia da informação. Segundo seu levantamento, os grupos on-line apresentaram um maior declínio dos sintomas, melhora no enfrentamento da dor crônica e também um benefício significativo na saúde mental. Quanto à técnica, Weinberg (2020) escreve ser possível manter a qualidade da aliança terapêutica também no formato de atendimento remoto e cita outros autores que confirmam essa constatação.

O Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR, do Instituto de Psicologia da USP – realizou estudos com atendimentos remotos em grupos com adolescentes de escolas da região de São Paulo/SP, os quais foram participantes de Oficinas Psicológicas on-line. Essa modalidade de atendimento grupal, orientado pela psicanálise winnicottiana, apresentou resultados satisfatórios por ser um espaço onde os adolescentes puderam dar voz a suas angústias por meio do gesto espontâneo e do uso de materiais mediadores, que favoreceram o Espaço Potencial (Sanchez et al., 2020).

Atualmente os trabalhos com grupos, tanto presencial quanto remoto, estão presentes nas universidades e serviços de saúde como uma proposta de atendimento em psicoterapia. No Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, por exemplo, desde 1997 a “Ser e Fazer” e o APOIAR, desde 2002, trabalham com enquadres clínicos diferenciados, fundamentados pela psicanálise winnicottiana, utilizando materiais mediadores como facilitadores da expressão

---

<sup>4</sup> Texto original: *People were able to open up, Self-disclose, interact, relate to one another on a deep level, project, and experience transference toward the group leader and the other group members. In short— group dynamics online looked similar to what I knew from in-person groups.*

individual e coletiva em serviços próprios de atendimento: as Oficinas Psicoterapêuticas, nas quais são realizadas consultas psicoterapêuticas individuais, familiares e grupais e arte psicoterapia grupal de inspiração winnicottiana, com uso de diferentes materialidades (Aiello-Vaisberg, 2004b). O trabalho com grupos realizado por meio das Oficinas Psicoterapêuticas, tanto presencial quanto on-line, é o foco desta pesquisa e será explorada no próximo tópico.

### **1.3.2. Enquadres clínicos diferenciados: as Oficinas Psicoterapêuticas**

As Oficinas Psicoterapêuticas são um modo de atendimento clínico diferenciado, inspirado na proposta da “Ser e Fazer” e adotado pelo APOIAR, ambos os serviços inseridos no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São fundamentadas nos pressupostos da psicanálise winnicottiana, em que o *holding* é a intervenção terapêutica principal (Aiello-Vaisberg, 2009).

O estudo das obras de Winnicott permite observar que, com sua vasta experiência clínica, o autor ampliou o entendimento de enquadre, considerando haver uma possibilidade de atuação do analista que seja mais apropriada à situação da psicoterapia, do que a estabelecida pelo “enquadre clássico” (Aiello-Vaisberg, 2004b). Nas palavras do autor, “a pessoa que estamos tentando ajudar necessita de uma nova experiência, num novo ambiente” (Winnicott, 1971/1975d, p. 81). Aiello-Vaisberg (2004b) explica que, dessa forma, a prática clínica decorrente de um “enquadre diferenciado” – ou seja, não tradicional – é uma forma de apreciar o fenômeno humano, respeitando sua condição existencial, pois, como afirmou a autora, “nenhuma conduta humana por mais bizarra, incompreensível ou moralmente inaceitável que seja deixa de ter sentido, deixa de pertencer ao acontecer humano” (Aiello-Vaisberg, 2004a, p. 29). Nesse sentido, Safra (1999) e Aiello-Vaisberg (2004a) esclarecem que há uma nova demanda que busca por atendimento – não mais apenas as neuróticas atendidas por Freud – e, dessa forma, o analista precisa rever seus pressupostos teóricos e metodológicos.

Retomando Bleger (1979/1998), apresentado no capítulo anterior, postulava que a Psicologia estuda a conduta humana, a qual compreende não apenas fenômenos mentais, mas todas as manifestações humanas que possuem uma finalidade e implicam sempre uma ambivalência ou conflito, e só pode ser compreendida quando contextualizada socialmente. Com esse entendimento do humano, o autor se destaca ainda hoje como referência no estudo de enquadres diferenciados, tendo como embasamento para suas teorias as concepções de Politzer (1929/1994).



As Oficinas Psicoterapêuticas buscam novos enquadres, pois, inspiradas nas propostas da “Ser e Fazer”, visam repensar a prática clínica de uma forma que permita contemplar o fenômeno humano e valorizar o encontro inter-humano, discordando do estudo que tem por objetivo as representações dos aparelhos psíquicos, a consciência e o inconsciente. Nota-se que as Oficinas Psicoterapêuticas corroboram as críticas de Silveira (2015), apresentadas no tópico 1.3.1, de muitos psicanalistas transporem para os enquadres diferenciados – como a situação grupal – conceitos da psicanálise tradicional. Aiello-Vaisberg e Machado (2003) definem como objetivo dos enquadres diferenciados, proposto pelas Oficinas Psicoterapêuticas, a promoção de experiências emocionais mutativas – transformações que se dão em um plano existencial – contrapondo-se às práticas psicanalíticas que visam a mudanças em registro mental, discursivo e/ou simbólico, por meio de pressupostos que valorizem o saber sobre si.

Outra diferença entre os enquadres propostos pelas autoras é o papel do analista que, nos enquadres não tradicionais, utilizam de intervenções não interpretativas, não tendo como foco a decifração de sentidos ocultos do discurso, ou de outras formas de expressão do paciente. Apesar de ser fundamental um certo tipo de intervenção, que considere questões existenciais importantes do paciente, nos enquadres apresentados, essa só é viável no encontro inter-humano (Aiello-Vaisberg, 2004a), que preze pela integração, factível por meio da sustentação (*holding*) que acontece no apoio, possível pelo relacionamento humano, porém profissional, entre paciente e psicólogo. Ou seja, a presença real e genuína do psicoterapeuta é importante no processo psicoterapêutico.

No enquadre do tipo das Oficinas Psicoterapêuticas, o caráter não interpretativo se destaca, partindo da ideia que a possibilidade da experiência do encontro inter-humano se fará acompanhando naturalmente da articulação simbólica (Aiello-Vaisberg & Machado, 2003). Nessa proposta, o próprio *holding* é a intervenção fundamental, a qual exerce um cuidado à continuidade do ser, favorecendo movimentos no sentido da integração pessoal, que é encontrada no gesto espontâneo (Aiello-Vaisberg, 2006). O uso de materialidades mediadoras e a não interpretação do inconsciente permite que o paciente não se sinta em situação constrangedora no trabalho em grupo e “ao desenvolver a atividade relacionada ao material, à disposição em um ambiente sustentador da continuidade do ser, cada participante tem a oportunidade de ter uma experiência de fazer criativo” (Tafner, 2013, p. 60).

Aiello-Vaisberg (2004a) estabelece que sustentação não é uma técnica, mas algo que está ao alcance do ser humano que pode ser capaz “de ser sensível às necessidades daquele que está sob seus cuidados” (p. 58), assim como uma mãe. Ogden (2010) corrobora essas afirmações e escreve sobre o *holding* na análise, explicando que, assim como a mãe, o analista preserva o

estar vivo do analisando (bebê) de qualquer situação imposta pelo mundo. O autor também aponta sobre a capacidade de estar só, descrita por Winnicott (2007/1958), apresentando essa teoria como a capacidade de a criança assumir o comando da função materna de *holding*, criando assim um ambiente de *holding* interno, o que na análise pode ser entendido como a função do analista de criar condições favoráveis (assim como a mãe) para que o analisando internalize as experiências vivenciadas e possa conquistar sua “capacidade de estar só”: sustentar o cuidado em seu mundo interno para usá-lo quando necessário (Salles & Tardivo, 2017).

Winnicott (1967/1975b) estabeleceu que a mãe que atendeu às necessidades de seu filho de maneira suficientemente boa, tendo ela reconhecido e considerado o gesto espontâneo do bebê, respondendo a esse em consonância, possibilitou ao final da fase de *não integração*, na qual o bebê ainda não se vê diferente e separado da mãe, que ele pudesse entrar em contato com o não Eu, ou seja, que vivenciasse a experiência de estar separado dessa mãe. Esse aspecto da relação mãe-bebê só foi possível devido à fidedignidade que a mãe teve por seu bebê, no sentido de ter se colocado no lugar dele para oferecer-lhe o que era necessário, ter acolhido o gesto espontâneo que partia dele. Essa qualidade da relação possibilitou ao bebê desenvolver o sentimento de confiança nos outros e em si mesmo, em sua própria capacidade criativa e, assim, desenvolver o que o autor chama Espaço Potencial – lugar de repouso entre o indivíduo e o ambiente (realidade interna e externa), que proporciona alívio da tensão.

Winnicott (1967/1975b) afirmou que a psicoterapia pode favorecer para que esse Espaço Potencial seja estabelecido, à medida que o psicólogo seja capaz de acolher o gesto espontâneo do paciente e que o setting possa criar um ambiente previsível que reproduza as condições necessárias para o crescimento emocional, assim como a mãe que atendeu as necessidades do filho, descrito no parágrafo anterior. Safra (1999) considera como central para a expansão do *setting* psicanalítico o conceito de Espaço Potencial, sendo esse um espaço que não se restringe a um lugar físico determinado – por ser completamente subjetivo e relacional – e que permite a extensão do método psicanalítico para outros ambientes, diferentes do *setting* clássico. Gil (2010) esclarece que, na análise, a criação de um Espaço Potencial entre o analista e o paciente é o que possibilitará que a experiência em toda sua extensão aconteça.

Winnicott (1967/1975b) desenvolveu o conceito de Espaço Potencial ao expor a elaboração sobre o brincar. Segundo o autor, esse espaço é um lugar simbólico, entre o Eu (indivíduo) e Não eu (ambiente), que depende da confiança estabelecida nessa relação; espaço no qual é possível experimentar o viver criativo, o brincar e, até mesmo, a análise. É nesse Espaço Potencial de experimentação que o bebê tem a oportunidade de entrar em contato com

os objetos e fenômenos transicionais, que trabalham como mediadores na relação entre o próprio bebê (mundo interno) e a realidade (mundo externo) e, por meio deles, o bebê desenvolverá sua capacidade criativa, condição importante para o indivíduo poder realizar algo com prazer, singularidade, proporcionando individualidade e permitindo o contato com a realidade objetiva (Winnicott, 1951/1975a, 1971/1975d). Esses objetos podem ser considerados elementos de intervenção e investigação psicanalítica, atuando na perspectiva do conceito de Espaço Potencial (Safra, 2004). Nessa perspectiva, os objetos, assim como as situações do cotidiano, contribuem para a criação desse lugar de repouso e passagem para o indivíduo, como é definido por Winnicott (1967/1975c) ao se referir ao Espaço Potencial.

Na clínica psicanalítica, Klein (Simon, 1986) foi a pioneira com o uso de objetos nas sessões ao inserir sua técnica com brincadeiras para o público infantil, resolvendo o obstáculo do exercício da psicanálise quando a associação livre não é possível verbalmente, como no caso de crianças pequenas. Winnicott (1971/1975d) ampliou o entendimento do brincar, indo além de seu uso como instrumento para a associação livre que dribla a dificuldade da comunicação verbal das crianças, entendendo a brincadeira como algo em si, que se dá no Espaço Potencial, descrito anteriormente. Castanho (2018) afirma, embasado por Winnicott,

O brincar, nessa perspectiva, remete a possibilidade de existir e habitar o mundo (...) Do ponto de vista da técnica, a atenção passa a ser dirigida para o fornecimento das condições necessárias para o brincar. Nessas condições, o brincar é o processo instaurador de vida, criador da própria existência e da existência do mundo. (Castanho, 2018, p. 178)

Dessa forma, Winnicott (1971/1975d) destaca que o brincar é um processo criativo, e não uma mensagem a ser decodificada e a intervenção do terapeuta não deve se dar necessariamente pela interpretação. No “Jogo do Rabisco”, por exemplo, Winnicott (Winnicott, Shepherd, & Davis, 1989/2005) não coloca o terapeuta como o intérprete dos espaços vazios e conflitos do paciente, mas como ambos submersos igualmente numa brincadeira, que possibilita a simbolização e a integração. Os grupos de Oficinas Psicoterapêuticas se preocupam em estabelecer o Espaço Potencial e, para isso, trabalham também com materialidade, baseando-se na ideia de Winnicott (1967/1975c) da psicoterapia como a superposição do brincar que, dessa forma, favorece o Espaço Potencial do paciente.

Castanho (2018) apresenta a definição do uso dos objetos mediadores (por exemplo, por meio do uso da materialidade) proposta por Vacheret (2000) com um caráter material, mas também uma função simbolizante, atuando fora da representação da fala e mobilizando diferentes sentidos psíquicos. Castanho (2018) também descreve que, nos grupos, os recursos não verbais são usados com frequência, sendo possível a compreensão do uso dessas outras ferramentas como semelhantes ao brincar no atendimento a crianças, associada a uma forma de

associação livre pelas diversas possibilidades de expressão e pela ampla variedade de significados, relacionados às fantasias, aos desejos e às experiências do sujeito.

Os materiais utilizados como mediadores nas Oficinas Psicoterapêuticas podem ser utilizados como “mediação na comunicação emocional, condição facilitadora da presentificação do ‘si mesmo’ do paciente, ou seja, da expressão de seu gesto espontâneo” (Aiello-Vaisberg & Machado, 2003, p. 26). Assim, a materialidade, junto com o ambiente suficientemente bom estabelecido pelo setting, permite o acolhimento do gesto espontâneo do paciente, possibilitando a ele a experiência de ser alguém único, por meio de sua espontaneidade.

Nas Oficinas Psicoterapêuticas, o psicoterapeuta busca, por meio da sustentação, acolhimento (*holding*) e dos conteúdos que surgem no grupo, criar um ambiente suficientemente bom que favorece a expressão do viver para a retomada do crescimento emocional dos sujeitos em sofrimento (Tardivo, 2009). Nesse modo de abordagem, os pacientes são atendidos clinicamente em um contexto grupal, no qual a materialidade de diferentes naturezas (materiais gráficos, imagens, objetos, fotos, etc.) é apresentada com o intuito de facilitar a comunicação emocional (Tardivo & Bonfim 2007). Os materiais, manipulados em um ambiente acolhedor, suficientemente bom – como nas Oficinas – funcionam como mediadores das experiências emocionais que podem ser expressas criativamente, possibilitando ao paciente sentir-se vivo, amadurecendo emocionalmente e, assim, reconhecer-se como indivíduo (Ambrósio et al., 2012). Nesse enquadre, o psicólogo possibilita o brincar, o qual permite ao paciente ser criativo e, assim, descobrir o *Self* (Ambrósio et al. 2012; Winnicott, 1967/1975b).

Trabalhar com enquadres diferenciados, que permitam o uso de objetos mediadores, faz com que esses objetos atuem como facilitadores do brincar (Gil, 2010). A materialidade, apresentada como mediadora para a comunicação das experiências emocionais, é embasada na técnica do “Jogo do Rabisco” de Winnicott (Winnicott et al., 1989/2005) e funciona como uma forma de acesso ao mundo interno de maneira natural, sendo equivalente ao brincar como possibilidade de expressão, pela liberdade e possibilidade de manifestar a criatividade (Gil et al., 2008; Tardivo, 2009).

Dessa forma, nas Oficinas Psicoterapêuticas o padrão de atendimento clássico, no qual a comunicação verbal era o foco, é ampliado conceitualmente, culminando no entendimento de que a associação livre compreende “*um convite à busca de uma expressão subjetiva tão livre quanto possível*” (Ambrósio et al., 2012, p. 276). Assim, é possível ocorrer por outras vias de expressão, como o brincar, atividades artísticas e artesanais, possibilitando condições para a

expressão do gesto espontâneo do paciente e de uma vivência criativa no mundo (Gil, 2010). Os materiais mediadores devem ser usados, nas oficinas, em um processo de busca do *Self*, sendo esses materiais capazes de proporcionar condições para o desenvolvimento emocional, permitindo o indivíduo se expressar (Ambrósio et al., 2012). Deve-se ainda mencionar que o grupo funciona como um Espaço Potencial, no qual cada indivíduo pode se expressar e tem uma função terapêutica, à medida que favorece a ocorrência de experiências emocionais mutativas em um encontro inter-humano (Tardivo & Bonfim 2007).

As Oficinas Psicoterapêuticas têm como objetivo proporcionar um ambiente terapêutico que favoreça o crescimento emocional do paciente, possibilitando o desenvolvimento de suas potencialidades e criando condições para mudanças, por meio da sustentação emocional (*holding*) e recuperando o gesto criativo (Gil, 2010). O ambiente capaz de realizar a sustentação emocional, ou *holding* nas palavras de Winnicott (1988/1996), refere-se às condições criadas pela mãe do bebê – ou pelo analista – necessárias para a manifestação do sentimento de unidade e continuidade do *Self*. As Oficinas Psicoterapêuticas, ao oferecer um ambiente desse tipo, buscam oferecer um espaço de confiança, no qual o paciente possa arriscar um movimento pessoal – um gesto espontâneo – ligado à possibilidade de uma apropriação autêntica do próprio Eu e um posicionamento real e presente no mundo (Tafner, 2013).

Aiello-Vaisberg (2004a) afirma que, nessa proposta de enquadre diferenciado, vivido pelas Oficinas Psicoterapêuticas, o “curar” está na ordem do sentir, não do saber. O sentir-se como sentido de continuidade do ser, estabelecendo o Eu e o mundo não Eu como acontecimentos simultâneos (o que não é possível na ordem do saber), podendo, assim, existir e habitar o mundo.

Aiello-Vaisberg (2009) enfatiza que o grupo pode ser compreendido com base na constatação do grau de desenvolvimento das pessoas que o compõem. A autora ainda defende que oficinas inclusivas (tendo no mesmo grupo paciente com diversas problemáticas existenciais e emocionais, mais ou menos graves) podem ser proveitosas, por ser algo que não se restringe (Aiello-Vaisberg, 2004a), indo além de sintomas, e que as Oficinas Psicoterapêuticas funcionam como um importante modo de intervenção quando, de acordo com as próprias palavras da autora:

Este tratamento concomitante de indivíduos em diferentes condições de desenvolvimento é possível quando a intervenção básica do terapeuta é a sustentação do acontecer humano, a partir do qual diferentes necessidades emocionais poderão ser atendidas. (Aiello-Vaisberg, 2004a, p. 60)

A forma de trabalho das Oficinas Psicoterapêuticas representa uma boa proposta para atendimento em grupo com adolescentes, pois, como afirma Zimerman (2000), o enquadre nos grupos com adolescentes pede a utilização de materiais mediadores. O autor lista alguns benefícios da recomendação do trabalho em grupo com adolescentes, sendo eles: a tendência natural do adolescente se agrupar; os adolescentes toleram melhor o enquadre grupal do que o individual, em que os sentimentos transferenciais podem aparecer mais ameaçadores, por ser mais “concentrado”; favorece a estruturação do sentimento de identidade, tanto individual como grupal; e em conjunto é possível uma melhor elaboração das perdas e ganhos (físicas, psíquicas e sociais) dessa etapa do desenvolvimento, permitindo “o exercício da criatividade, tanto no plano do imaginário, como no do simbólico; assim como na transição entre estes dois planos” (Zimerman, 2000, p. 214).

Considerando o exposto, alguns autores confirmam as colocações de Zimerman (2000) sobre os trabalhos com grupos de adolescentes. Como apresentado no início da Introdução, o adolescente tem uma tendência a se agrupar (Aberastury & Knobel, 1981; Aberastury, 1983; Dolto, 1990; Nasio, 2011; Winnicott, 1961/2011, 1987/2002), sendo essa uma tendência relevante. O adolescente busca no grupo a ressonância para seus conflitos, dessa forma, o trabalho com grupos em psicoterapia é apropriado a esse público, por facilitar a compreensão, expressão e resolução desses conflitos, por meio das contribuições do próprio grupo. Castellar (1987) informa que, inicialmente, poderá surgir um sentimento de desconfiança dos adolescentes, mas, com o decorrer das sessões, eles passam a estabelecer vínculos, experiências e surge também a transferência, que permitirá ao grupo psicoterápico com adolescentes desenvolver uma linguagem própria e uma forma peculiar de enfrentar os conflitos. Quanto à transferência, Weinberg (2020) amplia o exposto por Zimerman (2000) ao encontrar estudos que afirmam que nos atendimentos em grupo realizados de forma remota, os pacientes se sentiram menos defensivos, como se protegidos pela barreira que a tela do computador ou celular.

Frente às características apresentadas das Oficinas Psicoterapêutica e os benefícios dos atendimentos em grupo para os adolescentes, pode-se presumir a psicoterapia em grupo, realizada por meio das Oficinas Psicoterapêuticas, como uma proposta de intervenção eficaz para adolescentes que apresentam comportamento autolesivo, uma vez que permite o uso da materialidade como forma de expressão e comunicação de suas angústias e conflitos. Assim, neste trabalho foram realizados atendimentos com os adolescentes com a proposta das Oficinas Psicoterapêuticas.

## CAPÍTULO II – JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Com base no levantamento bibliográfico apresentado no capítulo anterior, que fundamenta a introdução teórica deste trabalho, compreende-se a adolescência como uma etapa da vida que possui demandas e dilemas próprios, fase de grande importância no desenvolvimento da identidade do indivíduo, além de ser um estágio de muitos conflitos. Dessa forma, a atenção a esse período da vida é necessária tanto para a prevenção de comportamentos de risco quanto para a realização de intervenções que serão bem-sucedidas em termos de minimizar e/ou cessar eventuais dificuldades que, se não assistidas, com o passar do tempo podem se tornar resistentes, dificultando as chances de cuidado e prevenção.

A revisão bibliográfica possibilitou entrar em contato com autores clássicos e atuais, os quais escrevem sobre os aspectos esperados no desenvolvimento da adolescência (Aberastury, 1983; Dolto, 1990; Erikson, 1968/1976; Tardivo, 2007a; Winnicott, 1961/2011, 1968/ 2005), mas também permitiu identificar comportamentos preocupantes por colocar a vida dos jovens em risco, como é o caso da autolesão. Como já apontado, essa situação vem aumentando no Brasil e em todo o mundo (American Psychiatric Association, 2014; Brasil, 2013, 2017; Giusti, 2013; Nock et al., 2006, Tardivo et al., 2019a, 2019b).

Isto posto, nota-se a necessidade de estudos que apresentem e discutam uma proposta interventiva com adolescentes com comportamento autolesivo e que possa ser desenvolvida em distintos equipamentos de saúde mental. Esta pesquisa decorreu de uma proposta de trabalho com um enquadre de atendimento grupal, por meio das Oficinas Psicoterapêuticas, considerando que os enquadres tradicionais, embora tenha seu valor, muitas vezes não são possíveis nos serviços de saúde disponíveis na rede pública, devido à grande procura pelos atendimentos psicológico, por diferentes demandas. Outro fator importante para a utilização deste tipo de enquadre as psicoterapias em grupo são se apresentarem como enquadres adequados ao atendimento com adolescentes, conforme apresentado no capítulo anterior.

Considerando ainda que no Brasil há carência de estudos que contribuam para a maior compreensão do comportamento autolesivo (Ferreira et al., 2021), a pesquisa tem sua relevância por trabalhar com dados que permitem refletir sobre os aspectos psicológicos dos adolescentes que apresentam esse comportamento. Tal conhecimento se tornou possível por meio do psicodiagnóstico compreensivo realizado com as participantes, e por apresentar uma proposta de acolhimento e intervenção – as Oficinas Psicoterapêuticas – com adolescentes sob essa condição. Frente ao exposto, parte-se da concepção de que as Oficinas Psicoterapêuticas em grupo são uma proposta de intervenção eficaz para adolescentes que apresentam

comportamento autolesivo. As Oficinas Psicoterapêuticas permitem o uso da materialidade como forma de expressão e comunicação das angústias e conflitos dos adolescentes, possibilitando-lhes maior referência quanto à identidade em formação, uso de defesas mais adequadas, diminuição de sintomas de depressão e ansiedade e melhora na qualidade de vida.

Com base nas justificativas e da preocupação com o estudo com adolescentes que apresentam comportamento autolesivo, a pesquisa teve como objetivo principal **desenvolver e apresentar a proposta de Oficinas Psicoterapêuticas em grupo como enquadre clínico diferenciado que propicie uma comunicação de experiências emocionais, reunindo adolescentes que manifestaram comportamento autolesivo**. Nessa proposta de enquadre, o foco não é a conduta, mas o Espaço Potencial, que permita o encontro dos adolescentes consigo mesmos, com os iguais e com a psicóloga, visando propiciar continência e sustentação ao material que emerge nesse tipo de intervenção.

No que diz respeito aos objetivos específicos, realizou-se um estudo compreensivo com os adolescentes e o reteste após as Oficinas, visando:

- Estudar os alcances da proposta interventiva das Oficinas Psicoterapêuticas (tanto em grupos presenciais como também on-line) na comunicação e na elaboração de aspectos mal integrados dos participantes, permitindo ao adolescente desfrutar de seu gesto espontâneo e, assim, fortalecer o *Self* e encontrar seu papel na sociedade, favorecendo a estruturação da identidade; fortalecer o uso de mecanismos de defesas mais adequados; melhorar a qualidade de vida; e diminuir sintomas de depressão e ansiedade.
- Comparar os benefícios, dificuldades e diferenças das Oficinas Psicoterapêuticas entre os grupos presenciais e on-line.
- Com base nos instrumentos empregados, apresentar dados sobre as vivências emocionais dos participantes, estudando a autolesão como um comportamento relacionado aos fatores ambientais e associado à presença de sintomas depressivos e ansiosos.



## CAPÍTULO III – ASPECTOS METODOLÓGICOS

### 3.1. Tipo de estudo

A pesquisa adotou como procedimento de trabalho as Oficinas Psicoterapêuticas, beneficiando-se de observação qualitativa dos fenômenos apresentados pelas participantes e pelo grupo. Tardivo (2007a) considera que pesquisas em Psicologia são marcadas por serem indissociadas às articulações teóricas e clínicas, uma vez que uma não existe eficientemente sem a outra, as quais se integram com o objetivo de conhecer e, ao mesmo tempo, modificar a realidade. Aiello-Vaisberg et al. (2003) também apontam que é fundamental a não dissociação da produção do saber de sua aplicabilidade prática, sendo no campo inter-humano que acontecem, concomitantemente, clínica e pesquisa. Dessa forma, nas palavras de Tardivo (2007a), “não se faz pesquisa sem clínica”, cabendo ao psicólogo-pesquisador assumir uma postura acolhedora, que permita a aproximação do fenômeno humano, mas também que possa intervir, propondo mudanças.

Sousa (2006) também escreveu sobre a importância de desenvolver pesquisa em psicoterapia, tendo realizado uma revisão de estudos que mostram os benefícios da psicoterapia e concluiu que a investigação científica sustenta a eficácia da psicoterapia, dessa forma, não há razões para dissociar a investigação da prática. Avellar (2009) acrescenta que o estudo sobre a prática é necessário para o psicólogo clínico por contribuir para o progresso da aplicação clínica, multiplicar as trocas e auxiliar na construção de direções comuns a serem usadas na atuação do psicólogo. Assim, ainda segundo a autora, esse tipo de estudo permite um “espaço privilegiado para se planejar e construir a pesquisa” (p. 16), tendo a clínica uma dupla fundamentação: construção do conhecimento e campo de prática.

Frente a esses aspectos, o estudo utilizou como fundamento a Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa, definida por Turato em seu artigo de 2000: Introdução à Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa – Definição e Principais Características. Estudos que empregam essa metodologia trabalham com questões epistemológicas do método qualitativo, particularizado no setting de saúde, envolvendo a discussão sobre técnicas e procedimentos que visam descrever e compreender a relação de sentido e significado dos fenômenos humanos, presente nesse campo (Turato, 2000).

O mesmo autor, em texto de 2005, escreve sobre os métodos qualitativos em pesquisas na área da saúde. Segundo ele, essa forma de metodologia se propõe a compreender os sentidos e significados de um determinado fenômeno na vida das pessoas, tanto no individual como no

coletivo e, assim, visa conhecer intimamente as vivências e representações dos participantes da pesquisa. Essas características permitem que o método qualitativo crie “um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos” (Turato, 2005, p. 509).

Turato (2005) também propõe uma diferenciação dos métodos qualitativo e quantitativo e apresenta algumas características específicas de cada, sendo particularidades do primeiro método: a busca da compreensão dinâmica do indivíduo; os objetivos da pesquisa são as interpretações das relações de significados dos fenômenos; o pesquisador é o instrumento do estudo; o tipo de amostragem é intencional, por se trabalhar com participantes que vivenciam (ou tem conhecimento sobre) o fenômeno; são poucos os integrantes do trabalho, e eles representam características de certa subpopulação; e o ambiente do estudo deve ser natural do sujeito, onde se desenrola a observação, sem o controle de variáveis. Tais aspectos dessa corrente metodológica apresentam-se coerentes com os objetivos desta pesquisa, que se destina à compreensão da comunicação de experiências emocionais, em Oficinas Psicoterapêuticas, de adolescentes que apresentavam conduta de autolesão, visando evidenciá-las como forma de intervenção e acolhimento a essa parcela da população.

Tratando-se de uma pesquisa que tem por objetivo demonstrar uma proposta psicoterapêutica – as Oficinas Psicoterapêuticas – e as vivências dos participantes dentro desse enquadre (e, dessa forma, construir um conhecimento que ao mesmo tempo intervém e transforma), utilizou-se como fundamento metodológico o que Turato (2000) denominou de *Metodologia Clínico-Qualitativa*, que é embasada pela teoria psicanalítica para a compreensão psicodinâmica dos casos trabalhados. Essa metodologia se apresenta como de natureza teórica e prática, exibindo pontos simultâneos. Além disso, também salienta as concepções epistemológicas dos métodos qualitativos somados aos conhecimentos e processos clínico-psicológicos (Turato, 2000). Nas palavras do autor:

É o estudo teórico – e o correspondente emprego em investigação – de um conjunto de métodos científicos, técnicas e procedimentos, adequados para descrever e interpretar os sentidos e significados dados aos fenômenos e relacionados à vida do indivíduo, sejam de um paciente ou de qualquer outra pessoa participante do setting dos cuidados com a saúde (equipe de profissionais, familiares, comunidade). (Turato, 2000, p. 96)

Nesse tipo de estudo, é imprescindível ao pesquisador promover o acolhimento das angústias e ansiedades dos integrantes da pesquisa, que ocorre em meio natural dos sujeitos: o *setting* da saúde. Sua função busca um “*enquadramento da relação face a face*” (Turato, 2000, p. 96), que valoriza as trocas afetivas estimuladas pela interação pessoal, além da escuta que visa identificar os dados relacionados à saúde/doença, ao processo terapêutico e serviços de saúde.

Considerando essa postura do pesquisador, e visando compreender os aspectos emocionais implicados nas entrevistas e clínica, Turato (2005) se ampara em Bleger (1979/1998) para apresentar o instrumento de trabalho do pesquisador: ele mesmo! Assim, o pesquisador, na *Metodologia Clínico-Qualitativa*, atua também como *bricoleur*, reunindo significados que servem para produzir um novo objeto (Turato, 2000). Ainda se tratando das ferramentas de pesquisa, o autor propôs a valorização de elementos psicodinâmicos, influenciados pela teoria e prática do conhecimento psicanalítico que valoriza tanto a pesquisa de campo, por exemplo considerando os fenômenos transferenciais, como na discussão dos resultados.

Safra (2001) escreve que a psicanálise sempre foi um método de investigação, exemplificando seu parecer com o texto de Freud (1937/1996) “Análise terminável e interminável”, o qual traz a compreensão fundamental para pensar a investigação em psicanálise. Segundo o autor, os trabalhos que utilizam esse método de investigação apresentam o rigor dado pela “fidelidade aos princípios que norteiam a prática da investigação psicanalítica” (Safra, 2001, p. 174). Aiello-Vaisberg (2004a) também se refere à psicanálise como método e encontro inter-humano, em que a clínica e a pesquisa acontecem ao mesmo tempo, e ressalta que toda conduta possui sentido singular, entendendo que se deve considerar o contexto social, político e cultural em que ocorre. Gil (2010) acrescenta que no método clínico a observação dos fenômenos é realizada independentemente de sua frequência, tendo a ênfase na forma como ocorrem no processo.

Considerando as propriedades das pesquisas que utilizam as metodologias apresentadas, este trabalho foi realizado por meio de estudo de casos múltiplos. Esse método foi escolhido, pois assim como as pesquisas qualitativas e do *Metodologia Clínico-Qualitativa*, o estudo de caso “é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real” (Yin, 2001, p. 32). Outros pontos em comum entre os modelos metodológicos são, a saber: a participação do pesquisador no contexto em que o fenômeno ocorre; a pesquisa acontece em ambiente natural, onde os fatos são vividos em seu contexto, não sendo possível ser realizada em ambiente controlado; e visa descrever e compreender os participantes de forma singular, no intuito de um maior entendimento da realidade. Carneiro (2018) ainda apresenta que o estudo de caso se estrutura por meio da pesquisa e intervenção, assim como foi descrito no Método *Clínico-Qualitativo* (Turato, 2000).

Segundo Yin (2001), o estudo de caso visa descrever uma intervenção e explicar vínculos entre esta intervenção e os contextos da vida real no qual ela ocorre. O autor apresenta o estudo de casos múltiplos como uma variante do estudo de caso que deve ser considerado como

experimentos múltiplos e, para isso, usa-se a lógica da replicação: os casos estudados preveem resultados semelhantes (replicação literal) e/ou resultados contrastantes, mas por razões previsíveis (replicação teórica). Estudos com poucos casos (dois ou três) trabalhariam mais com replicações literais, ao passo que pesquisas com mais casos (quatro a seis) poderiam sugerir padrões diferentes de replicação teórica (Yin, 2001). Para esta pesquisa foram utilizados ambos os tipos de replicação: replicação literal no que diz respeito aos benefícios das Oficinas Psicoterapêuticas e replicação teórica, considerando que cada participante apresenta uma dinâmica individual durante os encontros nas Oficinas, a qual diz respeito a sua própria singularidade (identidade, relações sociais, angústias, sintomas, entre outros aspectos psicológicos e características pessoais).

Frente às características do Método Clínico-Qualitativo e estudo de casos múltiplos apresentadas, tais metodologias são coerentes com os objetivos propostos pela presente pesquisa, sendo este um trabalho de Psicologia Clínica, com estudo de seis casos, que utiliza a psicanálise psicodinâmica como referencial teórico. Esse método é de fundamental importância para o estudo, pois permite compreender os significados dos fenômenos vivenciados pelas participantes durante o processo das Oficinas Psicoterapêuticas.

### **3.2. Participantes**

A pesquisa apresenta a avaliação psicológica, por meio de Psicodiagnóstico Compreensivo, a dinâmica e os benefícios das Oficinas Psicoterapêuticas em adolescentes com comportamento autolesivo, contando com a participação de seis adolescentes, com idade entre 13 e 15 anos, que buscaram atendimento psicológico devido às lesões autoprovocadas. Os procedimentos foram realizados de forma presencial e remota, sendo três participantes em cada modalidade.

Embora o foco deste trabalho seja os benefícios das Oficinas Psicoterapêuticas com adolescentes com comportamento autolesivo, as Oficinas foram abertas a todos adolescentes que demonstraram interesse em participar ou encaminhados pela equipe dos serviços onde os atendimentos aconteceram. Essa forma de trabalho foi escolhida, pois, conforme apresentado por Aiello-Vaisberg (2004a), as Oficinas inclusivas podem ser proveitosas, por ser algo que não se esgota, ou seja, proporcionam maior variedade de material clínico a ser trabalhado no grupo. Outro ponto para a escolha do trabalho com um grupo heterogêneo foi o cuidado de não criar qualquer constrangimento, vitimizar ou excluir os adolescentes que se autolesionam.

Os critérios de inclusão para a participação do grupo foram: ser adolescentes de ambos os sexos, com idades entre 12 e 15 anos e todos os adolescentes deveriam estar matriculados em escola regular. Os participantes dos grupos, realizados na modalidade on-line, também precisaram garantir acesso à internet e a dispositivo eletrônico com câmera e microfone e ambiente adequado, que preservasse o sigilo. Quanto aos critérios de exclusão, não poderiam fazer parte do grupo adolescentes que apresentassem histórico de quadros psiquiátricos graves (transtornos psicóticos, distúrbios sociais ou condutas antissociais), deficiência intelectual severa ou outras questões que incapacitasse o adolescente de estar em um atendimento em grupo e realizar as atividades propostas. Nenhum dos interessados em fazer parte do grupo, ou encaminhados, encaixaram-se nessas condições.

### **3.3. Procedimentos e Instrumentos**

#### **3.3.1. Contato com os participantes e responsáveis**

##### **1) Contato com a coordenadora do programa do Governo do Estado de São Paulo, onde foram realizadas as etapas da pesquisa presencial:**

O Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do IPUSP – APOIAR, sob coordenação da prof<sup>a</sup> Leila Tardivo, possui parceria com um Centro de Integração à Cidadania (CIC), mantido pelo Governo do Estado de São Paulo, que visa garantir a prestação de serviços de ações para o desenvolvimento local e fortalecimento de redes e ações comunitárias. Nesse serviço, alunos de graduação e pós-graduação do IPUSP, sob orientação da mesma professora, dedicam-se a oferecer atendimento psicológico à população da região, desenvolvendo vários trabalhos e pesquisas. Com base nessa parceria foi autorizada, pela coordenadora do programa, a realização da presente pesquisa.

##### **2) Contato com os pais, ou responsáveis, e com os adolescentes: modalidade presencial**

Os alunos da graduação do Instituto de Psicologia da USP foram a “porta de entrada” dos interessados em atendimento psicológico no CIC, realizando triagens, pronto-atendimento e atendimento clínico. Ao se depararem com casos de adolescentes com comportamento autolesivo, estes eram encaminhados para atendimento com a psicóloga-pesquisadora desta pesquisa.

Para a primeira sessão, foi solicitado que o adolescente viesse acompanhado dos pais, ou responsáveis, os quais foram informados sobre os objetivos e as etapas da pesquisa, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: TCLE – presencial (ANEXO A), manifestando a aceitação da participação do filho no estudo. Ainda nesse contato foi realizada uma entrevista, visando identificar a demanda do atendimento, histórico do comportamento autolesivo e de outras queixas (por exemplo, sintomas de depressão e ansiedade), rotina familiar e outros comportamentos do adolescente.

Os adolescentes permaneceram na sala de atendimento enquanto era realizada a entrevista inicial com os responsáveis, sendo convidados a participar desse momento, acrescentando informações, concordando ou discordando do que era apresentado. Após esse primeiro contato, os responsáveis se retiraram, permanecendo na sala de atendimento apenas a psicóloga-pesquisadora e o adolescente. Nessa ocasião, foram retomados os objetivos da pesquisa, seus instrumentos e procedimentos, também foi discutido com os adolescentes os aspectos apresentados pelos pais e a queixa, pela perspectiva do adolescente, e outros dados que quisesse conversar naquela sessão. Todos estavam cientes da liberdade para aceitar ou não o convite e, caso aceitassem participar, deveriam assinar o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido: TALE – presencial (ANEXO B), manifestando acordo com a pesquisa. Foi esclarecido ao participante o direito de não realizar todos os instrumentos, ou, ainda, de abandonar a pesquisa a qualquer momento. Após esse primeiro contato se iniciaram os procedimentos, os quais foram realizados em três etapas: I) Psicodiagnóstico Compreensivo; II) Oficinas Psicoterapêuticas; e III) Devolutiva do processo.

### **3) Contato com os pais, ou responsáveis, e com os adolescentes: modalidade remota**

Considerando o cenário da pandemia da Covid-19, os atendimentos presenciais foram suspensos. Assim, foi necessária a adaptação do trabalho para a modalidade remota e, para isso, a pesquisa foi realizada com os adolescentes inscritos no APOIAR – Atendimento on-line, projeto inserido no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do IPUSP – APOIAR, que propõe atendimento psicológico a distância para profissionais de saúde, adolescentes e a pessoas com mais de 18 anos de idade, que manifestem sofrimento psíquico relacionado à pandemia e ao isolamento/distanciamento social. Ao receber a inscrição dos adolescentes, a equipe do APOIAR – Atendimento on-line, encaminhava-os para a psicóloga-pesquisadora entrar em contato com o adolescente e iniciar os atendimentos relacionados à pesquisa.

O primeiro contato foi realizado com os responsáveis por telefone e aplicativo de conversa (*WhatsApp*). Nesse contato, foi agendada a primeira entrevista, por aplicativo de videochamada (*Google Meet*), solicitando que estivessem presentes para esse encontro os pais, ou responsáveis, e o adolescente. Foi escolhida a ferramenta *Google Meet* para a realização dos atendimentos on-line por ser a de maior familiaridade dos participantes.

A primeira entrevista seguiu da mesma forma que a proposta presencial. Durante a primeira parte do encontro, com os pais e os adolescentes juntos, buscaram-se compreender os motivos e histórico da queixa, rotina familiar e comportamentos das adolescentes. Também foi explicada a proposta e etapas do projeto e enviado aos pais um link do *Google Formulários* com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: TCLE – on-line (ANEXO C). A psicóloga-pesquisadora leu com os responsáveis o TCLE e os ajudou no preenchimento do formulário, no qual consta o consentimento de participação do menor na pesquisa. Os responsáveis receberam uma cópia do TCLE no e-mail cadastrado no formulário. Após essa etapa, foi solicitado continuar o atendimento apenas com o adolescente. Nessa etapa, assim como no presencial, foi trabalhado o sentimento da participante com relação ao que foi apresentado pelos responsáveis, os motivos da busca pelo atendimento, na percepção do adolescente, e explicar novamente os objetivos e as etapas da pesquisa. Foi encaminhado para a participante um link com o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido: TALE – on-line (ANEXO D), que foi lido junto com o adolescente que, preencheu o TALE, dando seu consentimento em participar da pesquisa. O participante também recebeu por e-mail uma cópia do documento. Encerrada essa entrevista, iniciaram-se as três etapas da pesquisa, assim como aconteceu nos atendimentos presenciais.

### **3.3.2 Etapa I – Psicodiagnóstico Compreensivo**

O Psicodiagnóstico é um processo estruturado que envolve a investigação – por meio de técnicas e instrumentos psicológicos – da problemática do indivíduo (tanto manifesta, quanto latente), como também o exame de seus recursos psíquicos (dinamismo, potencialidades e fraquezas), tendo como objetivo identificar a intervenção e o tratamento mais adequados. Sua história se iniciou com a utilização do modelo médico pelo psicólogo, o qual visava identificar patologias específicas, mediante protocolo de testes. No entanto, ao longo da história da Psicologia, o Psicodiagnóstico sofreu uma série de modificações (Barbieri, 2010).

Na década de 1970, o trabalho das psicólogas argentinas Ocampo et al. (1974/1981), possibilitou a abertura para a inserção da Psicanálise nos processos de Psicodiagnóstico com o uso de conceitos dessa abordagem teórica para a interpretação dos resultados, permitindo, dessa

forma, o conhecimento da subjetividade emocional do paciente. As autoras (Ocampo et al., 1974/1981) conseguiram mostrar que um Psicodiagnóstico que utiliza o referencial psicanalítico possibilita a compreensão do sofrimento vivido pelo sujeito (apresentado como o motivo da busca pelo atendimento: motivo manifesto), mas também da personalidade do paciente, considerando o ambiente familiar e os contextos sociais nos quais está inserido.

Alguns anos depois, Trinca (1984) ampliou as definições de diagnóstico proposto pelas autoras argentinas, apresentando o Psicodiagnóstico Compreensivo, processo que corresponde à primeira etapa deste trabalho. A proposta psicodiagnóstico de Trinca (1984) valoriza o pensamento clínico, permitindo uma maior flexibilidade na estruturação do processo – de acordo com a demanda do paciente – por exemplo, quanto ao uso de testes psicológicos e outros procedimentos clínicos de investigação da personalidade, com o objetivo de “encontrar um sentido para o conjunto das informações disponíveis, tomar aquilo que é relevante e significativo na personalidade, entrar empaticamente em contato emocional e também conhecer os motivos profundos da vida emocional de alguém” (Trinca, 1984, p. 15).

O Psicodiagnóstico Compreensivo utiliza a abordagem psicanalítica como forma de compreender as dinâmicas psíquicas do indivíduo mais amplamente e, assim, assimilar a personalidade como um todo, como para compreender também a dinâmica familiar do paciente e para se atentar às ocorrências do setting, como a transferência e contratransferência. Ou seja, o psicólogo procura não apenas por hipóteses, mas esclarecer o que motivou a busca pelo atendimento, clarificando a origem e os determinantes das angústias do indivíduo, sendo de extrema importância o esclarecimento dos significados e determinantes intrínsecos e extrínsecos da queixa que levou o paciente à procura do atendimento, assim como os motivos inconscientes que a mantêm (Trinca, 1984). Nas palavras de Tardivo (2007b), “realizar uma síntese dinâmica e estrutural da vida psíquica, considerando aspectos intrapsíquicos, interfamiliares e forças socioculturais” (p. 130). Avoglia (2006) enfatiza em seu trabalho a importância de integrar diversos aspectos para a compreensão diagnóstica e frisa a necessidade de o psicólogo investigar os espaços interacionais que o avaliando está inserido. Dessa forma, assim como Trinca (1984), a autora escreve que o modelo compreensivo deve considerar os aspectos psicodinâmicos sem deixar de lado o contexto relacional.

Para a realização do Psicodiagnóstico Compreensivo, é necessário um levantamento intenso de informações da esfera familiar e social do paciente, de seus múltiplos aspectos da personalidade e da integração desses fatores, visando a esclarecimentos da demanda do atendimento. Nessa proposta, utilizam-se predominantemente métodos e técnicas que favoreçam a associação livre (por exemplo, entrevistas e instrumentos projetivos), os quais



possibilitam a emergência do conflito, expressa no material clínico, e favoreçam a compreensão do caso, sendo o processo diagnóstico compreendido como “campo potencial para expressão do verdadeiro *Self*” (Salles & Tardivo, 2017, p. 290), possível por meio da prevalência do olhar clínico e do acolhimento empático com o paciente, permitindo a construção do ambiente imprescindível para o conhecimento integrado do funcionamento mental do indivíduo e da problemática latente (Trinca, 1984). No entanto, o uso de instrumentos objetivos também pode ter sua relevância, dependendo do caso. Utilizar instrumentos que sejam reconhecidos pelo paciente, como os objetivos, é importante no processo de avaliação, pois possibilita diminuir a ansiedade ao mostrar para ele que o psicólogo não é apenas um observador, mas que está atento às demandas do paciente, coletando informações que são importantes para esclarecer suas perguntas (Finn, 2017).

### **3.3.2.1. O Processo Psicodiagnóstico Compreensivo**

Os procedimentos do Psicodiagnóstico Compreensivo foram realizados com cada participante individualmente, durante seis e oito sessões semanais de 50 minutos cada. O número de sessão variou entre as participantes devido às particularidades de cada caso e a flexibilidade permitida por esse tipo de Psicodiagnóstico, que visa uma compreensão mais dinâmica da personalidade dos participantes e, dessa forma, em alguns casos foi necessário um número maior de atendimentos.

Essa etapa da pesquisa contou com os seguintes instrumentos, apresentados na ordem de aplicação:

1. Entrevista individual com os adolescentes e os responsáveis
2. Entrevista individual com o adolescente
3. Aplicação do Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida (AUQEI) e dos testes nomotéticos: CDI e BAI
4. Devolutiva do processo psicodiagnóstico.

A entrevista foi adotada logo no início do processo Psicodiagnóstico por ser um instrumento de investigação científica em Psicologia, fundamental no método clínico proposto por Bleger (1979/1998). Segundo o autor, a entrevista psicológica visa sempre a objetivos psicológicos, ou seja, está presente na investigação, no Psicodiagnóstico assim como na psicoterapia, e corresponde à situação natural na qual se encontra o fenômeno que interessa estudar: o fenômeno psicológico.

Bleger (1979/1998) destacava grande importância à entrevista, pois nela já é possível identificar aspectos que não são conscientes ao paciente, sendo um campo no qual se investiga a conduta e a personalidade do indivíduo, além de ser possível perceber suas ansiedades (e conseqüentemente observar alguns mecanismos de defesa), transferência e contratransferência. As entrevistas, ao mesmo tempo que funcionam como um instrumento de investigação, são sempre terapêuticas, cabendo ao entrevistador a compreensão e comunicar ao entrevistado os elementos compreendidos; dessa forma, é papel do psicólogo que realiza a entrevista interpretar e relacionar aquilo que o próprio entrevistado conseguiu comunicar. A entrevista foi utilizada nessa etapa como uma ferramenta que permite a observação da vida do paciente, com um caráter interventivo.

Foram usadas também as técnicas objetivas: Questionário de Depressão Infantil (CDI), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e o Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida (AUQEI). Os testes do tipo objetivo, ou nomotéticos, apresentam como base uma metodologia mais objetiva e quantitativa. Esses instrumentos trabalham com a lógica dedutiva, orientando o pesquisador a entender os fenômenos psicológicos e comportamentais na forma de leis gerais, com caráter preditivo (Figueiredo, 2014), possível pela mensuração desses fenômenos de uma forma objetiva, em que são utilizados estímulos com respostas fechadas, visando reduzir as variáveis subjetivas. Dessa forma, seus resultados geralmente são apresentados por números ou medidas psicométricas, indicando a posição do indivíduo em relação ao grupo normativo estudado, o que permite comparar e generalizar os resultados encontrados (Cronbach, 1996).

Todos os instrumentos foram usados com a finalidade de complementaridade e relação entre dados encontrados. As técnicas estão apresentadas a seguir.

### **1) Entrevistas Individuais**

No início do processo do Psicodiagnóstico Compreensivo foi realizada uma entrevista com o adolescente e seu responsável. Foi escolhido esse modelo, pois, segundo Serafini (2016), é indispensável que o adolescente se sinta inserido e responsável pelo seu processo de avaliação desde o início e, dessa forma, é importante que ele esteja presente desde a primeira sessão, a qual pode ser dividida em dois momentos (como foi realizado nesta pesquisa): um momento com o adolescente e os responsáveis e um segundo momento em que o responsável se retira da sala e permanece só o adolescente.

Após esse encontro, foram marcadas entrevistas individuais com o adolescente, nas quais foram trabalhadas questões relacionadas aos dados pessoais, familiares, escolares/sociais e a autolesão. Ao final do processo Psicodiagnóstico, foi realizada outra entrevista, visando a

devolutiva do processo, a avaliação do participante dessa etapa da pesquisa e o convite para a participação das Oficinas Psicoterapêuticas.

Foi escolhido o modelo de entrevista semiestruturada, por proporcionar maior liberdade de respostas e por esse tipo de entrevista aceitar a realização de intervenções. Esse modelo de entrevista, apesar de mostrar um esquema norteador, apresenta características das entrevistas abertas que permitem certa flexibilidade para que o entrevistado dirija e configure o campo da entrevista segundo sua estrutura psicológica, possibilitando uma investigação mais ampla e profunda da personalidade do indivíduo (Bleger, 1979/1998).

Para essas entrevistas, foram trabalhadas perguntas sobre temas disparadores (APÊNDICE A), com questões que explorassem o relacionamento com os pais, na escola e com os grupos de pares, visto que essas áreas são essenciais para uma boa avaliação do adolescente (Outeiral, 1994). Durante as entrevistas também foram aplicadas as escalas (apresentadas a seguir) e, ao final do processo, foi realizada uma entrevista devolutiva com o adolescente em uma sessão e, em outra sessão com os pais ou responsáveis, visando comunicar os dados encontrados, compreender a percepção do adolescente sobre o processo psicodiagnóstico e realizar o encaminhamento para a segunda etapa da pesquisa, as Oficinas Psicoterapêuticas.

## **2) Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida (AUQEI)**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doença (...)” (World Health Organization, 1998, p. 10, tradução livre da autora)<sup>5</sup>, assim, a OMS apresenta que para efeitos de cuidados de saúde não se deve considerar apenas o que diz respeito às doenças físicas, pois a melhora na qualidade de vida também está relacionada a esses cuidados. Em parceria com 15 centros colaboradores em todo o mundo, a OMS desenvolveu dois instrumentos para medir a qualidade de vida e que podem ser usados em diferentes contextos culturais: WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF (World Health Organization, 1998). Para fundamentar esses instrumentos, a OMS define Qualidade de Vida como um conceito amplo, que diz respeito à “percepção dos indivíduos de sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (World Health Organization, 1998, p. 8, tradução livre da autora)<sup>6</sup>, ou seja é afetada pela saúde física e psicológica, nível de independência do indivíduo, pelas crenças pessoais, suas relações sociais

---

<sup>5</sup> “A state of complete physical, mental, and social well-being not merely the absence of disease (...)”

<sup>6</sup> “Quality of Life as individual’s perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns.

e com o ambiente em que vive, sendo a Qualidade de Vida um indicador da saúde da população e sua avaliação necessária para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde.

A qualidade de vida é um termo discutido também por vários autores, dentre eles Assumpção Jr et al.(2000), que apresentam a dificuldade no trabalho com esse tema, por essa expressão apresentar várias definições que se diferem para alguns autores por eles trabalhados (definições que vão desde a capacidade física até o desempenho social, e outras que trabalham com ideias subjetivas de bem-estar e inserção satisfatória num contexto cultural) e, por depender da faixa etária, por apresentarem diferentes graus de percepção de si mesmos e do mundo, em função da fase na qual se encontram. Em seu levantamento bibliográfico acerca das definições de Qualidade de Vida, Assumpção Jr et al. (2000) encontraram que “qualidade de vida” pode ser uma tentativa de nomear características da experiência humana, o que os autores por eles pesquisados tentam descrever como algo que está relacionado ao estilo de vida (possibilidade de recursos para a satisfação das necessidades e desejos individuais), comunidade e vida familiar (possibilidade de participar de atividades que levem ao desenvolvimento pessoal, a autorrealização). Deve ainda incluir a percepção da criança/adolescente de sua posição na vida (relacionado ao contexto cultural, familiar, social, físico e emocional), dessa forma, sendo um parâmetro às alterações que ocorram no desenvolvimento do indivíduo.

Como forma de avaliar a Qualidade de Vida, considerando as diferentes fases do desenvolvimento, Manificat e Dazord (1997) desenvolveram um questionário sobre qualidade de vida, que pode ser aplicado em crianças e adolescentes: AUQEI – Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé. Essa escala é “um instrumento que busca avaliar a sensação subjetiva de bem-estar do participante, partindo da premissa que uma pessoa em desenvolvimento é e sempre foi capaz de se expressar quanto a sua subjetividade” (Assumpção Jr et al., 2000, p. 121), dessa forma, o AUQEI permite compreender a satisfação da criança em diferentes situações. O questionário é composto por 26 questões que abordam relações familiares, sociais, atividades, saúde e funções corporais, baseadas em uma autoavaliação da satisfação da criança/adolescente e utiliza o suporte de quatro imagens em escala likert (de muito infeliz, 0 ponto, a muito feliz, 3 pontos), que a criança utiliza para responder.

O Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida (AUQEI) (ANEXO E) foi validada no Brasil por Assumpção Jr et al. (2000). Para o estudo de validação, a escala foi traduzida do francês e aplicada em 353 crianças e adolescentes, com idades entre 4 e 12 anos. A pesquisa apresentou satisfatória validade interna com coeficiente alfa de Cronbach de 0,71, o que indica características confiáveis quanto à confiabilidade do instrumento. Também demonstrou concordância entre os relatos das mães e das crianças, sendo efetiva a validade externa do

questionário. O processo de validação do AUQEI também correlacionou os quatro fatores que compõem a escala e obteve correlação positiva, ou seja, comprovou a validade de construção do instrumento. Esses quatro fatores são, a saber: autonomia (questões que dizem respeito a independência, relações com companheiros e avaliações); lazer (relacionada às férias, aniversário e relação com os avós); funções (questões relativas às atividades escolares e funções diárias: refeições, dormir, ir ao médico entre outras) e família (relacionada à opinião da criança quanto as figuras parentais, irmãos e a relação entre eles). O estudo de validade de Assumpção Jr et al. (2000) sugere uma nota de corte de 48 pontos. Abaixo dessa pontuação pode-se considerar a qualidade de vida como prejudicada.

Conforme apresentada, portanto, a pesquisa de validade realizada por Assumpção Jr et al. (2000) concluiu que o AUQEI é um instrumento apropriado para ser utilizado com crianças e pré-adolescentes brasileiros, útil para acessar o estado de saúde desse público no que diz respeito a sua Qualidade de Vida. No entanto, conforme desacatado pelos próprios autores, “não deve ser utilizado isoladamente, e sim acompanhado por questionários complementares, para que se possa recolher dados importantes sobre a criança e seu universo” (Assumpção Jr et al., 2000, p. 126).

Os trabalhos de Bayma-Freire e Roazzi (2016) apresentaram a eficácia do AUQEI também no público adolescente, entre 14 e 18 anos. A pesquisa, que contou com 255 participantes, demonstrou validade interna efetiva, com coeficiente alfa de Cronbach de 0,76, e correlação positiva entre os itens em relação ao fator família, foco do trabalho. A investigação concluiu que o teste AUQEI apresenta características psicométricas satisfatórias na avaliação da Qualidade de Vida, mesmo quando aplicados em uma faixa etária maior do que a estudada por Assumpção Jr et al. (2000), principalmente no que diz respeito aos aspectos familiares. Estudos como esse são importantes, pois embora tenha seu estudo de validade para indivíduos até 12 anos, o AUQEI se mostra como um importante instrumento para medir a Qualidade de Vida também de adolescentes mais velhos.

### **3) Questionário de Depressão Infantil – CDI**

Para o estudo das relações entre depressão e o comportamento autolesivo foi utilizado o *Children's Depression Inventory* – CDI (Questionário de Depressão Infantil) (ANEXO F) elaborado por Kovacs (1983) e adaptado do *Beck Depression Inventory* – BDI (Inventário de Depressão) para adultos. O instrumento tem como finalidade rastrear a presença de sintomas depressivos em crianças e adolescentes, entre sete e 17 anos. O CDI permite avaliar cinco fatores: 1) humor negativo (tristeza, melancolia, sentimentos de incômodo, preocupações,

pensamentos negativos e percepção de incapacidade na tomada de decisões); 2) ineficiência (compreensão negativa quanto às próprias capacidades e desempenho escolar); 3) autoestima negativa (não gostar de si, não se sentir amado por alguém e tendências suicidas); 4) problemas interpessoais (referente às dificuldades nas relações sociais e solidão); e 5) anedonia (perda da capacidade de sentir prazer, apatia, ausência de força vital, dificuldades com a alimentação e sono) (Kovacs, 1983).

O objetivo do instrumento é detectar a presença e a severidade do transtorno depressivo na infância/adolescência e identificar alterações afetivas nessas fases. No entanto, segundo Coutinho (2005), o inventário não realiza diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, e sim visa à identificação dos sinais de rebaixamento afetivo, do humor, da capacidade de sentir prazer, das funções vegetativas, de autoavaliação e de outras condutas pessoais.

O CDI foi traduzido e validado para uso no Brasil inicialmente por Gouveia et al. (1995) com uma amostra de 305 participantes da cidade de João Pessoa, com idades entre 8 e 15 anos. O estudo apresentou parâmetros psicométricos aceitáveis, com coeficiente alfa de Cronbach 0,81, ou seja, apresentou satisfatória validade interna, sendo útil para medir no nível de sintomas depressivos em crianças e adolescentes. Em seguida, Barbosa et al. (1996) apresentaram um estudo de prevalência da depressão em 807 crianças e adolescentes, com idades entre sete e 17 anos. Os estudos de Barbosa et al. (1996) confirmaram os dados encontrados por Gouveia et al. (1995) de que não há impactos entre os escores do CDI e fatores sociodemográficos, também encontrou maior número de casos de adolescentes entre de 13 e 14 anos com sintomas depressivos, o que é justificado pelos autores por ser essa a faixa etária de entrada na adolescência. Esse estudo confirmou que o CDI é um instrumento com características psicométricas favoráveis para a discriminação de sintomas depressivos.

O inventário é composto por 27 itens que medem a gravidade da depressão, permitindo avaliar a disforia, pessimismo, autoestima, desprezo, isolamento social, rendimento escolar, conduta social e sintomas vegetativos (Barbosa et al., 1996). Cada item conta com três opções de resposta (de 0 a 2 pontos) que obedecem a uma escala de tipo *likert*: 0 (ausência de sintoma), 1 (presença de sintoma) e 2 (gravidade do sintoma), dessa forma o resultado pode variar entre zero e 54 pontos. A tarefa da criança é escolher, dentre as três opções possíveis, aquela que melhor descreve o seu estado nas últimas duas semanas. Nessa pesquisa, foi escolhida a versão original produzida por Kovacs (1983), traduzida para o português por Barbosa et al. (1996). Nesse modelo proposto, os autores trabalham com uma nota de corte de 17 pontos, ou seja, para a análise do CDI é considerada a presença de depressão com as pontuações acima da nota de corte.

Estudos recentes também demonstram a eficácia do CDI em adolescentes. Bortolini et al. (2016) visaram analisar a prevalência de sintomas depressivos em 126 adolescentes, de 12 a 17 anos, utilizando o CDI e questionário sociodemográfico, e identificaram maiores índices de sintomas depressivos em 17,5% dos adolescentes participantes, sendo esse índice mais significativo em alunos de escola pública e naqueles com idades entre 15 e 17 anos. As questões mais pontudas foram, a saber: diminuição de interesse nas atividades diárias, alteração no sono e apetite, sentimento de inutilidade, dificuldade para se concentrar e pensamentos (ou tentativas) de suicídio. Já o estudo de Baptista et al. (2018), realizado com 331 participantes entre 10 e 16 anos, teve o objetivo de comparar o CDI com a Escala Baptista de Depressão Infanto-Juvenil (EBADEP-IJ) e os resultados indicaram que ambos os instrumentos apresentam adequada capacidade para a avaliação de sintomas de depressão.

O APOIAR, projeto inserido no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, também apresentou estudos atuais utilizando o CDI. Tardivo et al. (2019a) visaram compreender a relação entre a autoimagem e depressão em adolescentes com comportamento autolesivo, utilizando o Questionário de Depressão Infantil (CDI) e o Desenho da Figura Humana (DFH) em 29 pré-adolescentes e adolescentes com comportamento autolesivo e um grupo controle, com a mesma quantidade de participantes 29, ambos os grupos com faixa entre 10 e 16 anos de idade. O estudo encontrou diferença estatisticamente significativa para o CDI ( $p < 0,001$ ), ou seja, o grupo clínico apresentou aumento de pontos expressivo quando comparado ao grupo controle, o que permitiu considerar que os pré-adolescentes e adolescentes com comportamento autolesivo apresentam indicadores de depressão mais significativo quando comparado ao público da mesma faixa etária sem esse comportamento.

Outro estudo do mesmo grupo (Tardivo et al., 2019b) visou identificar sintomas de depressão e ansiedade em adolescentes com comportamento autolesivo, apresentando um estudo de casos de três adolescentes, com idades entre 13 e 14 anos, utilizando os seguintes instrumentos: entrevistas, CDI, BAI e Procedimento de Desenhos-Estórias. Os resultados corroboraram com a pesquisa anterior, apontando sintomas depressivos nos três participantes.

#### **4) Inventário Beck de Ansiedade – BAI**

Criado por Beck et al. em 1988, o BAI (ANEXO G) foi construído com base em vários instrumentos de autorrelato, usados para medir a ansiedade. É constituído por uma lista de 21 afirmações descritivas de sintomas de ansiedade, que visam medir a intensidade desses sintomas. Cada afirmação possui quatro opções de resposta, construída em escala *likert* de 4 pontos, que varia em nível crescente de gravidade do sintoma: 0 (absolutamente não); 1

(levemente: não me incomoda); 2 (moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar); e 3 (gravemente: dificilmente pude suportar). A pontuação pode variar de zero a 63 pontos e, com base na pontuação obtida, a classificação brasileira propõe quatro níveis de resultados para descrever a ansiedade: mínimo (0-10 pontos), leve (11-19 pontos), moderada (20-30 pontos) e grave (acima de 31 pontos) (Cunha, 2001). Nesse instrumento, assim como no CDI, a tarefa do participante é escolher, de cada sintoma apresentado, a opção de resposta que melhor descreva como tem se sentindo na última semana, incluindo o dia da aplicação do instrumento (Cunha, 2001).

O instrumento foi traduzido, adaptado e validado para o público brasileiro por Cunha (2001), atendendo aos padrões psicométricos. O estudo foi realizado com 379 pacientes diagnosticados com transtorno de ansiedade, apresentando índice de precisão por alfa de Cronbach entre 0,83 e, no grupo não clínico, 0,92. O manual da técnica ressalta que o BAI não visa ao diagnóstico nosológico da ansiedade, mas auxiliar a avaliar sua intensidade.

Outros estudos comprovam que a utilização do BAI em público adolescente e pré-adolescente é favorável. Grolli et al. (2017) estudaram os índices de depressão e ansiedade em adolescentes do ensino médio, utilizando como instrumentos o BAI e o Inventário de Depressão de Ceck (DBI). Participaram da pesquisa 70 adolescentes, entre 16 e 19 anos e utilizou o teste não paramétrico Mann Whitney, o qual encontrou diferença estatística significativa tanto para a sintomatologia da depressão quanto da ansiedade, nos adolescentes estudados.

O trabalho realizado pela equipe do APOAIR feito com adolescentes entre 13 e 15 com comportamento autolesivo (apresentado no tópico anterior) encontrou sintomas de ansiedade nos três adolescentes, o que também foi notório durante as entrevistas (Tardivo et al. 2019b). Da mesma forma, o estudo de Chaves (2018) que realizou o psicodiagnóstico de uma pré-adolescente de 11 anos, também com comportamento autolesivo, demonstrou sintomas de ansiedade evidenciados no BAI. No início do processo, a paciente apresentou sintomas de ansiedade em nível moderado e, após o processo psicodiagnóstico, o nível de ansiedade da participante diminuiu, não sendo mais significativa a presença de sintomas desse tipo.

### **3.3.3. Etapa II – Oficinas Psicoterapêuticas**

Em seguida à devolutiva da primeira etapa, iniciou-se o processo psicoterapêutico, realizado de forma breve nas Oficinas Psicoterapêuticas grupais, descritas no capítulo introdutório. As Oficinas foram compostas por seis participantes nas Oficinas Psicoterapêuticas presenciais e sete nos encontros remotos, ambas as Oficinas desenvolvidas em 12 encontros



semanais com uma hora e 30 minutos de duração. Em cada grupo, participaram três adolescentes com queixa de autolesão, todas meninas com idades entre 13 e 15 anos. O número de participantes no grupo foi pensado considerando o tempo dos encontros, pois segundo Moretto (2013), cada membro do grupo imagina um tempo que lhe é proporcionado no encontro, assim, um grupo menor (entre sete e oito membros) apresentam melhor desempenho.

Nenhuma adolescente se conhecia antes do início do grupo, embora no grupo presencial dois participantes fossem da mesma escola. Em ambos os grupos de adolescentes (presencial e remoto) ficou acordado que o grupo seria fechado, ou seja, sem a possibilidade de entrada de novos membros.

No primeiro encontro do grupo, foi solicitado que cada integrante realizasse o Procedimento de Desenho-Estória Temático, com o tema “*Desenhe um adolescente em São Paulo hoje*”. Ou seja, cada um deveria fazer um desenho sobre o tema solicitado e, em seguida, o próprio participante deveria escrever uma história (ou a associação) no verso da folha desenhada. Nos atendimentos on-line os pacientes fotografaram a produção (desenho e história) e enviaram para a psicóloga-pesquisadora por aplicativo de mensagem.

O Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E) (Trinca, 1997, 2021) é um instrumento clínico que permite a ampliação do conhecimento da dinâmica psíquica e possibilita uma comunicação lúdica, principalmente em indivíduos com dificuldades de verbalização direta de suas experiências subjetivas. O Desenho Estória com Tema (ou Desenho Temático) é uma extensão e derivado do D-E, proposto por Aiello-Vaisberg (1997, 2020) para o estudo das representações sociais e do imaginário coletivo. Tardivo (2007a) explica que o viés social encontrado nessa técnica é apresentado por meio da representação gráfica e da verbalização, permitindo a compreensão do modo que o indivíduo, em seu grupo, significa o tema proposto. Aiello-Vaisberg (1997, 2020) acrescenta que o material possui uma riqueza que o permite ser analisado psicanaliticamente, clarificando os pressupostos lógicos e emocionais que estruturam as representações sociais, possibilitando a construção de um conhecimento do que a autora denominou de psicodinâmica das representações sociais.

Frente ao exposto, a técnica do Desenho Temático é importante para o entendimento de uma situação determinada, a qual é apresentada por meio do tema definido pelo examinador. Esse tema é escolhido considerando as necessidades do paciente e/ou do que se pretende investigar. Para sua realização, o psicólogo apresenta um tema, de forma explícita e o papel dos examinandos é realizar um desenho e, em seguida, contar uma história a respeito do que foi solicitado e dar um título para a produção. A produção (desenho, história e título) possibilita

compreender o fenômeno do tema solicitado com base na perspectiva do autor do desenho e, com isso, refletir sobre intervenções clínicas mais adequadas àquela situação (Tardivo, 2008).

O D-E com tema é uma técnica que pode ser usada em grupo, além de ser muito empregada como um recurso auxiliar em intervenções psicoterapêuticas, assim como o D-E tradicional. O tema proposto nesta pesquisa (*Desenhe um adolescente em São Paulo hoje*) é uma proposta muito discutida e trabalhada por Tardivo (2007a; 2013) como instrumento em intervenções clínicas grupais. Utilizando o Desenho Temático como disparador no primeiro encontro, esperava-se que diversas representações acerca da adolescência surgissem e que fossem desenvolvidas ao longo dos encontros.

Nos encontros seguintes, no grupo presencial, cada adolescente realizou sua produção de forma livre, utilizando os materiais levados pela psicóloga. No décimo e décimo primeiro encontro, foi proposta uma produção coletiva em cartolina. No grupo on-line, foi percebida a necessidade de algo mais diretivo e, em cada encontro, os adolescentes escolhiam espontaneamente um tema para ser trabalhado.

Foram realizados encontros com base na materialidade com desenhos, pinturas e colagem nos encontros presenciais. Nos encontros on-line, as produções também utilizaram os desenhos e pinturas realizadas pelos participantes, que foram fotografados e enviados para a psicóloga-pesquisadora, além de recursos de imagens, frases, poemas, músicas e vídeos que encontraram na internet, os quais também foram enviados para a psicóloga-pesquisadora para realizar um painel de imagens.

Os materiais usados nas Oficinas presenciais foram, a saber: papel sulfite, lápis grafite nº 2, lápis de cor, tinta guache, pincéis, cartolina, revistas de vários tipos, tesoura e cola. Nas Oficinas realizadas on-line, foi solicitado ao adolescente providenciar papel em branco e lápis (de cor e grafite), no entanto, as Oficinas foram realizadas com os materiais disponíveis pelo próprio paciente.

A produção de cada encontro presencial foi exposta, fotografada e discutida, nos atendimentos e nos encontros remotos, os materiais foram enviados para a psicóloga-pesquisadora e organizados em uma apresentação de Power Point, que foi exposta ao grupo. Durante os encontros, os adolescentes apresentavam suas produções e tinham liberdade para falar sobre si, seus sentimentos, pensamentos, desejos, experiências, falas que eram despertadas por meio das produções apresentadas. A pesquisadora, que foi a psicoterapeuta, adotou uma postura acolhedora e continente em relação ao material e às expressões apresentadas pelos participantes de forma a estabelecer um vínculo de confiança e de sustentação da experiência

emocional vivida no grupo. Foram feitas as narrativas das 12 sessões, de forma a se observar os movimentos presentes.

### **3.3.4. Etapa III – Devolutiva do Processo**

Ao final dos 12 encontros das Oficinas Psicoterapêuticas, foi realizada uma entrevista individual com os adolescentes participantes da pesquisa e, posteriormente, com os pais. Nessa última etapa, foram reaplicados os instrumentos da entrevista inicial, tendo como objetivo a avaliação dos processos (primeira e segunda etapas do trabalho), realizar uma entrevista devolutiva e fazer os encaminhamentos para dar continuidade ao atendimento psicológico, ou para outros profissionais, caso necessário. Nessa etapa do processo, as entrevistas individuais se configuraram um espaço para os adolescentes falarem de suas experiências e de avaliarem o processo interventivo que vivenciaram.

Os instrumentos nomotéticos (CDI e BAI) e o Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida (AUQEI) foram reaplicados ao final do processo com o intuito de evidenciar mudanças nos fatores medidos por esses instrumentos, por meio da comparação pré e pós-teste. Esse tipo de medida permite avaliar a frequência dos sintomas, apresentando um dado quantitativo destes (Peuker et al., 2009). No entanto, a remoção de sintomas não deve ser o único dado a ser avaliado em um processo psicoterapêutico (Peuker, et al., 2009; Santos, 2007), pois os resultados da intervenção podem ser perceptíveis ao longo de todo o processo psicoterapêutico, assim, o processo de avaliação de efetividade de uma psicoterapia não deve ser realizado apenas na avaliação dos sintomas do paciente. Devem-se incluir diferentes fontes, por exemplo, o engajamento do paciente no processo de mudança, a satisfação na psicoterapia e a aliança terapêutica, definida como um importante preditor dos resultados terapêuticos, por permitir investigar “a melhora da efetividade e eficácia da psicoterapia e reduzir as taxas de abandono” (Peuker, et al., 2009, p. 441).

Avoglia (2006) considera que a entrevista devolutiva vem ganhando um papel de destaque nos processos de avaliação psicológica, reconhecendo-se cada vez mais o quanto esta entrevista enriquece a compreensão diagnóstica. Diante do exposto, a etapa de entrevista devolutiva visou os diversos processos de mudanças, focando no processo psíquico (mudanças na estrutura e na dinâmica de funcionamento mental do paciente), redução dos problemas sociais e comportamentais como estabelecem Peuker et al. (2009) e Santos (2007). Essa etapa também considerou que a efetividade do processo terapêutico é singular, ou seja, respeitou a particularidade de cada adolescente, seus potenciais, limitações e os vínculos estabelecidos

pelas duplas paciente-psicólogo e adolescente-grupo. Dessa forma, esse encontro teve como objetivo discutir com os participantes os benefícios e alcances das Oficinas Psicoterapêuticas, tanto do ponto de vista dos pacientes, quanto da psicóloga-pesquisadora.

### **3.4. Análise dos dados**

Para o tratamento dos dados oriundos das três etapas da pesquisa, cada processo foi analisado inicialmente de forma separada, visando identificar os aspectos singulares de cada participante e a eficácia de cada proposta de atendimento: presencial e remoto. Essa forma permitiu a organização do material a ser analisado, considerando que “cada caso em particular consiste em um estudo completo” (Yin, 2001, p. 72).

Após essa etapa, foram identificadas as ligações causais apropriadas a serem analisadas, visando a informações correspondentes aos dados encontrados em cada adolescente e proposta de atendimento. Yin (2001) considera que as conclusões encontradas em cada caso apresentam informações necessárias para serem replicadas em outros casos; dessa forma, os resultados de cada participante da pesquisa definem o centro da análise dos resultados, permitindo a comparação do processo das Oficinas nas duas formas de atendimento: presencial e on-line.

#### **3.4.1. Análise da primeira etapa: Psicodiagnóstico Compreensivo**

A análise do Psicodiagnóstico Compreensivo foi realizada com base na integração dos aspectos evidenciados nas entrevistas e nos instrumentos trabalhados. O exame dos diferentes recursos utilizados durante essa etapa permitiu encontrar evidências convergentes de cada caso trabalho, aumentando a validade do resultado do processo psicodiagnóstico.

As entrevistas foram descritas após cada sessão, nas quais foram acrescentados os dados relativos às outras técnicas utilizadas: AUQEI, CDI e BAI, chegando-se a um relatório de cada participante, fundamentado teoricamente sob a perspectiva da psicanálise psicodinâmica. Os instrumentos foram analisados conforme o proposto por seus autores e manuais.

O AUQEI seguiu o modelo proposto pelo estudo de validação de Assumpção Jr et al. (2000), considerando a qualidade de vida como prejudicada os casos com pontuação abaixo da nota de corte identificada no estudo de validação: 48 pontos. Para a análise do CDI, foi adotada a nota de corte de 17 pontos proposta pelos autores (Barbosa et al., 1996), considerando a presença de sintomas depressivo, resultados acima dessa pontuação. No entanto, a pontuação acima de 11 pontos já alertou a pesquisadora como indicativo de algum grau de depressão. Essa

medida é necessária pela necessidade de se estudar a prevalência de depressão em adolescentes (Reppold & Hutz, 2008). Por fim, a análise do BAI seguiu a proposta do manual do instrumento: mínimo (0-10 pontos), leve (11-19 pontos), moderada (20-30 pontos) e grave (acima de 31 pontos) (Cunha, 2001).

### **3.4.2. Análise da segunda etapa: Oficinas Psicoterapêuticas**

A compreensão da segunda etapa do projeto, as Oficinas Psicoterapêuticas, foi realizada por meio das assimilações feitas pelo grupo e psicóloga-pesquisadora sobre os materiais produzidos. Para o primeiro encontro, foi solicitada a elaboração do Desenho Temático, o qual foi apreendido em sua totalidade (desenho e história) e assim compreendido e analisado. A produção do Desenho Temático compõe uma unidade gráfico-verbal que não pode ser dissociada por configurar um todo organizado, o qual vai além da soma do desenho e da história (Tardivo, 2007a). A análise do Desenho Temático também considerou o entendimento psicodinâmico das representações sociais proposto por Aiello-Vaisberg (1997, 2020) e utilizado por Tardivo (2007a). Para isso, em um primeiro momento as produções foram analisadas individualmente conforme apresentado por (Aiello-Vaisberg, 2020). Após essa etapa, realizou-se a organização dos dados conforme descrito por Medeiros (2014): em uma leitura atenta do material analisado, procuraram-se destacar os dados convergentes das produções, e/ou que apresentaram importância para a discussão, em seguida foram criadas categorias temáticas para a compreensão das representações das participantes com relação à etapa de vida que estão vivendo (*Desenhe um adolescente em São Paulo hoje*) e, finalmente, o material foi organizado de acordo com as categorias criadas na etapa anterior.

Os encontros seguintes foram realizados com base na materialidade (desenhos, pinturas, colagem, imagens e músicas) como forma de expressão criativa das experiências emocionais, assimiladas com base na percepção do grupo e da psicóloga-pesquisadora. Para a compreensão e análise dessa etapa, buscaram-se observar a dinâmica de cada participante durante as sessões e o movimento do próprio grupo. Para isso, além da percepção durante as Oficinas, foram feitas as narrativas e as análises de cada encontro, da primeira à última sessão. Inicialmente, foi realizada a leitura flutuante das narrativas, com o objetivo de assimilar os dados a serem compreendidos em sua totalidade e, após essa fase, foi feita a leitura profunda do material, visando identificar a dinâmica das participantes e seu gesto espontâneo, o processo de mudança e o conteúdo a ser observado. Essa parte da análise foi realizada para cada proposta de atendimento das Oficinas Psicoterapêuticas: presencial e remota.

Realizada a análise das Oficinas Psicoterapêuticas presenciais e das on-line, verificou-se a comparação entre as duas propostas de trabalho. Essa comparação proporcionou indicar a replicação literal, apresentando as semelhanças entre os casos e as propostas de atendimentos, além de possibilitar a identificação dos resultados contrastantes entre as Oficinas Psicoterapêuticas presenciais e as on-line, por meio de discussão teórica.

### **3.4.3. Análise da terceira etapa: Entrevista Devolutiva**

Da mesma forma que, no Psicodiagnóstico Compreensivo, a análise da entrevista devolutiva do processo ocorreu com base na integração dos dados observados durante a entrevista devolutiva e dos resultados dos instrumentos reaplicados: AUQEI, CDI e BAI, que foram avaliados de acordo com o proposto pelo autor e manual de cada técnica. A análise dessa etapa visou identificar processo mutativo das participantes, o que pode ser observado pela dinâmica das adolescentes ao longo dos encontros, por meio da devolutiva e na comparação das duas aplicações das técnicas.

Para essa etapa, os resultados dos instrumentos foram comparados em uma tabela com a pontuação pré e pós processo interventivo de cada paciente, no intuito de permitir a melhor visualização dos resultados. A diminuição dos sintomas, apesar de ser um importante dado a ser considerado, não deve ser o único, como exposto anteriormente. Assim, o elemento comparativo da análise dessa etapa foi a dinâmica de cada paciente, observando como cada uma se deslocou das demandas iniciais para uma melhor organização egoica, constatando as mudanças na estrutura e na dinâmica de funcionamento mental do paciente e na redução de comportamentos indicativos de dificuldades (dentre eles, a autolesão) e de problemas familiares e sociais. Para isso, foi realizada a livre inspeção de todo o material apresentado, em conjunto com as observações realizadas ao longo das Oficinas Psicoterapêuticas, analisadas com base na perspectiva psicanalítica psicodinâmica. A observação da dinâmica das adolescentes nessa etapa do estudo possibilitou a compreensão dos benefícios de todo o processo para cada participante, identificou os aspectos correspondentes entre as meninas (replicação literal) e averiguou os pontos divergentes (replicação teórica), ponderando a própria singularidade de cada adolescente.

### 3.5. Aspectos Éticos

A pesquisa utilizou as diretrizes e normas do Conselho Nacional de Saúde (Resolução n. 466/2012 (Brasil, 2012) e Resolução n. 510/2016 (Brasil, 2016)), respeitando a privacidade e intimidade das participantes, garantindo-lhes o anonimato, sigilo e a liberdade de sair da pesquisa caso desejassem. Após a autorização da coordenadora do serviço onde foram realizadas as Oficinas Psicoterapêuticas presenciais, o projeto foi encaminhado para apreciação ética pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPH) do Instituto de Psicologia da USP<sup>7</sup> (ANEXO H), sendo aprovado pelo comitê. Devido à necessidade do isolamento social para conter a transmissão do novo Coronavírus, conforme já apresentado, o trabalho precisou ser adaptado para Oficinas Psicoterapêuticas on-line, sendo submetido novamente ao CEPH com emenda para a inclusão dos atendimentos nessa modalidade, tendo a aprovação no dia 10 de maio de 2021<sup>8</sup> (ANEXO I).

Os adolescentes foram convidados a participar do estudo pela pesquisadora previamente qualificada, que explicou sobre os objetivos da pesquisa e seus instrumentos. Os adolescentes passaram a fazer parte da pesquisa somente após o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – presencial ou TCLE – on-line) pelos pais ou responsáveis e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE, presencial ou TALE, on-line) pelos participantes, por serem menores de 18 anos.

---

<sup>7</sup> CAAE: 24717619.7.0000.5561. Número do Parecer: 3.906.770

<sup>8</sup> CAAE: 24717619.7.0000.5561. Número do Parecer: 4.701.677

## **CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES, DAS OFICINAS PSICOTERAPÊUTICAS E DEVOLUTIVAS DO PROCESSO**

Este capítulo está dividido em dois grupos: Psicodiagnóstico Compreensivo e Oficinas Psicoterapêuticas presenciais e Psicodiagnóstico Compreensivo e Oficinas Psicoterapêuticas remotas. Em cada grupo, serão apresentadas três categorias de análise: inicialmente serão apresentados os dados alcançados no processo Psicodiagnóstico Compreensivo, com base nas entrevistas realizadas com as participantes e dos resultados da primeira aplicação dos instrumentos: AUQEI, CDI e BAI. Essa etapa tem como objetivo a compreensão clínica de cada participante. Em seguida, serão discutidos os dados observados e trabalhados ao longo dos encontros das Oficinas Psicoterapêuticas, visando assimilar o processo vivenciado pelas adolescentes. Para esta etapa, serão apresentados e analisados os resumos dos 12 encontros realizados em cada grupo. Os relatos dos encontros das Oficinas Psicoterapêuticas presenciais encontram-se no APÊNDICE B e os relatos das sessões on-line, no APÊNDICE C. Por fim, para última etapa do processo, serão apresentados e discutidos os dados da entrevista devolutiva com as adolescentes e suas mães, assim como a comparação dos resultados da segunda aplicação dos instrumentos.

Conforme exposto, as Oficinas Psicoterapêuticas tiveram como propósito um trabalho inclusivo, ou seja, não foram constituídas apenas por adolescentes com comportamento autolesivo, mas também aqueles que demonstraram interesse em participar. No entanto, o foco deste trabalho é o benefício dos encontros durante as Oficinas Psicoterapêuticas às participantes que apresentavam o comportamento. Desta forma, não se configurou objetivo deste trabalho o Psicodiagnóstico Compreensivo com os demais adolescentes, com os quais foi realizada apenas uma entrevista inicial visando identificar as demandas, interesses na participação das Oficinas, e explicar o funcionamento da proposta terapêutica trabalhada.

Isto posto, a primeira categoria de cada grupo – Psicodiagnóstico Compreensivo – apresenta informações colhidas nas entrevistas de todos os participantes, no entanto, serão trabalhados os dados do Psicodiagnóstico apenas das adolescentes participantes do grupo que apresentavam comportamento autolesivo. Quanto ao processo referente às Oficinas Psicoterapêuticas, será apresentada a dinâmica de todos os participantes nos encontros. Todos os nomes apresentados são fictícios, visando garantir o anonimato dos participantes.



#### **4.1. Psicodiagnóstico Compreensivo e Oficinas Psicoterapêuticas presenciais**

As Oficinas Psicoterapêuticas presenciais foram realizadas na sede do CIC – Taipas e se iniciaram com cinco participantes: Joana, Máisa, Érica, Henrique e Tatiane; Bruna aderiu ao grupo no segundo encontro. Desses, Henrique, Tatiane e Bruna não apresentaram comportamento autolesivo, não sendo realizado o Psicodiagnóstico com eles, apenas uma entrevista inicial e a inclusão no grupo.

##### **4.1.1. Etapa I - Psicodiagnóstico Compreensivo**

Esta parte é dedicada à identificação e à compreensão das participantes que apresentavam comportamento autolesivo: Joana, Máisa e Érica, todas com 14 anos. Neste tópico, serão apresentados dados obtidos durante a entrevista com a mãe das adolescentes, entrevistas individuais com as participantes e resultados dos instrumentos utilizados. Os demais participantes – Henrique, Tatiane e Bruna – serão brevemente apresentados com base nos dados colhidos durante a entrevista inicial com o responsável e entrevista individual com o participante.

###### **1) Joana, 14 anos**

A paciente iniciou os atendimentos com um estagiário de psicologia, o qual realizava as primeiras entrevistas sob supervisão da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Leila Tardivo e, preocupados com alguns sintomas apresentados por Joana, além da autolesão, foi orientado a encaminhá-la para a psicóloga-pesquisadora desta pesquisa. Nas entrevistas iniciais com o estagiário, a paciente compareceu com a avó, pois a mãe trabalha e não podia levá-la, mas escreveu uma carta para o psicólogo-estagiário explicando sua angústia: Joana estava muito mais quieta do que de costume, sem interação com outras pessoas, ficava trancada no quarto e havia se cortado “para aliviar a tristeza que estava sentindo por causa do pai”. Na carta a mãe ainda escreve que a filha come compulsivamente, esconde o corpo com roupas de frio (mesmo no calor), levou-a a um pronto-socorro psiquiátrico, tomou medicamento receitado pelo psiquiatra e sentiu melhora dos sintomas relatados, no entanto não conseguiu dar continuidade ao tratamento por falta de psiquiatra na rede pública de referência.

Joana mora com sua mãe, padrasto e irmãos (um de 16 anos e outra de 12 anos), todos de pais diferentes. Os pais se separaram quando Joana era pequena e, com o decorrer dos anos, diz que o pai foi se afastando cada vez mais, até perderem definitivamente o contato. A última vez

que o viu foi andando na rua com a atual esposa e um bebê, o que foi uma surpresa, pois ela não sabia que eles tinham um filho.

Na primeira sessão do psicodiagnóstico foi solicitada a presença da mãe de Joana. Ela compareceu e relatou a mesma angústia que havia escrito na carta para o psicológico-estagiário. Diz que tenta conversar com a filha, pergunta o que está acontecendo e tem de insistir muito para que Joana fale alguma coisa. Conta que a adolescente não se dá bem com o padrasto, mas que ela não entende o porquê, pois ele cuida dos filhos dela “como se fossem dele” (o padrasto levou a adolescente em uma sessão e pediu para conversar com a psicóloga, dizendo que não sabe o que fazer para ela aceitá-lo, que ele tenta conversar com ela, mas ela está sempre trancada no quarto).

Quando questionada sobre o que estava acontecendo e o que sentia, Joana disse que tem depressão “por causa do pai” e explica sobre a falta de contato relatada. Sente-se culpada por esse distanciamento, embora não consiga elaborar um motivo. Chegou a escrever uma carta para o pai, mas, como “sabe” que não terá resposta, achou melhor não enviar. A avó paterna tentou fazer contato por mensagem de celular no começo do ano, mas Joana não respondeu.

Joana estava um pouco acima do peso, é muito tímida, falava pouco, muito baixo e ficava durante toda as sessões abraçada à sua bolsinha. Todas as sessões começavam com um longo silêncio, quebrado com o relato de situações do dia a dia na escola, contando situações de *bullying*, rejeição por parte dos colegas e injustiças de alguns professores, mas também do companheirismo da prima que está na mesma sala. A paciente falava sempre sorrindo, mesmo que fosse algo muito ruim.

Nas entrevistas, apresentou também as dificuldades que enfrenta na família, pois a mãe não confia nela para deixá-la sozinha em casa (devido às vozes que ouve, apresentadas a seguir) e que não gosta que a mãe conte sobre isso para a família, pois todos acreditam que o que ela sente, ouve e vê é por “falta de Deus”. Diz que isso a incomoda muito, pois ela sabe que não é isso, mas eles fazem novena para ela. Durante os atendimentos relata ser excluída também da família, que “esquecem” dela em datas comemorativas (relata uma situação do aniversário de um familiar, que ela precisou se ausentar por um instante da festa e foi quando cantaram parabéns: “nem repararam que eu não estava lá”) e que a comparam com uma prima que é mais brincalhona e comunicativa.

Relata ouvir vozes que a mandam “fazer coisas ruins”, com o colocar fogo na casa, se cortar e até tirar a própria vida. Com o decorrer dos atendimentos, disse que além das vozes passou a ver “corpos sem pele” e olhos. Em uma das sessões ela chegou animada, mas foi se entristecendo ao longo do atendimento. Ao ser perguntada o que tinha acontecido, responde

que “eles” estavam na sala de atendimento, andando pela sala e os olhos olhando para ela, momento no qual começou a chorar muito e disse que não aguentava mais. Foi feito um encaminhamento para acompanhamento psiquiátrico para a UBS, mas como não era a de referência, ela não pode ser atendida. Na UBS de sua referência, não tinha psiquiatra.

Em outra sessão, volta a dizer diz que não aguenta mais e, dessa vez, tomou remédios. Não sabe quais, tomou “qualquer coisa, só para ver se isso tudo parava”. Nesse dia, foi feito encaminhamento para o pronto-socorro, e solicitado que a responsável (a avó, que era quem a levava para as sessões) assinasse uma via por ciência, dada a gravidade da situação. Após 15 dias, a paciente voltou muito diferente: contou feliz que não via e nem ouvia mais nada, estava mais sorridente, falante, contando coisas boas da escola e dos amigos e disse que estava tomando medicamento (fluoxetina). Quem a levou ao hospital foi o padrasto e, enquanto aguardavam o atendimento, perguntou se ela queria que ele “desse o nome dele como pai” de Joana, que negou.

#### • Resposta aos instrumentos

A seguir serão apresentados os resultados dos instrumentos objetivos aplicados (CDI e BAI), assim como a pontuação do AUQEI.

**Tabela 1.** Pontuação de Joana para o CDI, BAI e AUQEI

<b>Instrumento</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Classificação</b>
CDI	21	Presença de sintomas depressivos
BAI	31	Ansiedade Grave
AUQEI	37	Qualidade de vida prejudicada

Fonte: Autora.

#### • Compreensão Clínica

Já no primeiro atendimento é possível perceber, Joana uma menina muito tímida, quieta, defendida e com medo das coisas que estão acontecendo com ela, principalmente no que diz respeito às alucinações, pois tem ciência que não são reais: tem medo de estar enlouquecendo e do que essas alucinações a mandam fazer, o que pode ser identificado quando pontua que tem medo de acontecer o pior no BAI. Essas alucinações parecem estar associadas aos quadros ansioso e depressivo, que foram apontados tanto no discurso da paciente, quanto em seus comportamentos e nas técnicas utilizadas.

O CDI apresentou pontuação acima da nota de corte, indicando a presença de sintomas depressivos. Como apresentado na introdução, a depressão e a ansiedade são fatores frequentemente encontrados em adolescentes com comportamento autolesivo (Giusti, 2013;

Guerreiro e Sampaio, 2013; Ferreira et al., 2021; Plener et al., 2015; Luyckx et al., 2015; Nock et al., 2006; Tardivo et al., 2019a; Tardivo et al., 2019b; Zetterqvist et al., 2020).

As respostas mais pontuadas no CDI indicam tristeza, solidão, insegurança, sentimento de culpa e crítica com relação a si. A solidão é presente também em seu discurso, quando apresenta os colegas de sala como pessoas que zombam dela e a maltratam, além de se sentir excluída pela família. Essas características, tanto pessoais quanto o *bullying* e as falhas nas relações familiares, também foram encontradas em vários estudos com adolescentes com o comportamento autolesivo (Yip, 2005; Hawton et al., 2012; Giusti, 2003; Silva & Botti, 2017; Guerreiro e Sampaio, 2013; Breen et al., 2013; Tang et al., 2021; Ferreira et al., 2021; Lim et al., 2019; Tardivo et al., 2019a, 2019b).

Nesse sentido, é possível notar que sua qualidade de vida está prejudicada, como indicado pelo AUQEI, que apresentou pontuação abaixo da média esperada. As menores pontuações nesse instrumento estão nos aspectos familiares, demonstrando os conflitos nesse ambiente, principalmente quando o assunto é pai. Os conflitos familiares são um fator apresentado por quase todos os autores pesquisados, tanto desempenhando um papel importante para o desenvolvimento de depressão (Antunes et al., 2018; Borges & Pacheco, 2018; Melo et al., 2017) quanto no comportamento autolesivo, como apresentado por Hawton et al. (2012) e Tardivo et al. (2019a, 2019b). Segundo os autores, a autolesão foi associada ao ambiente falho e com ausência de um dos pais, como apresentado na história de Joana, que não se sente acolhida por sua família (minimizam seu sofrimento ao dizer que é “falta de Deus”) e sente muita falta do contato com o pai.

Outro aspecto pouco pontuado no AUQEI foi relativo às funções do cotidiano o que pode estar associado aos sintomas depressivos apontados no CDI e ansiosos identificados no BAI. As respostas do BAI indicam medos (de morrer, de acontecer algo muito grave, de enlouquecer), sendo as alternativas mais pontuadas aquelas relacionadas aos sintomas físicos de ansiedade, como por exemplo a incapacidade de relaxar, como apontado no AUQEI e CDI como dificuldades na hora de dormir.

Mesmo vivendo em um ambiente conflituoso (tanto em casa quanto na escola), apresentar graves sintomas de depressão e ansiedade, que podem levá-la às alucinações que causam tanto sofrimento, Joana pareceu ter muita esperança em melhorar e estava sempre bem-humorada, simpática e é muito amável. E, apesar do AUQEI ter apresentado a qualidade de vida como prejudicada, foi possível identificar nesse instrumento que as maiores pontuações estão relacionadas ao lazer, indicando a capacidade de socialização, mas que pode estar prejudicada pelos medos e insegurança e sintomas apresentados nas escalas BAI e CDI.

## 2) Máisa, 14 anos

Ao contrário das outras duas participantes, Máisa não chegou encaminhada pelos alunos estagiários. A mãe procurou atendimento no dia em que a psicóloga estava no serviço, e como uma paciente havia desmarcado, a secretária pediu para ela aguardar. Inicialmente foi realizada uma entrevista com a adolescente no intuito de encaminhá-la para o grupo, pois não tinha queixa de autolesão para realizar o psicodiagnóstico, mas no terceiro atendimento ela chega à sessão com o braço cortado.

Na primeira entrevista, a adolescente fala que a busca pelo atendimento foi por não conseguir dormir há duas semanas e chorar com frequência. A mãe acrescenta que vem observando uma mudança no comportamento da filha há mais tempo. Diz que ela tem ficado mais calada, fechada no quarto, não compartilha com a mãe o que está acontecendo, e há duas semanas esses comportamentos pioraram, acrescidos da insônia. A mãe relata que se levanta no meio da noite para ver como a filha está e se depara com ela acordada no quarto. A adolescente diz que piorou há quatro dias, período que voltaram as aulas. A mãe marcou psiquiatra para filha no mesmo dia do primeiro atendimento com a psicóloga.

A mãe conta que Máisa sofreu *bullying* na escola quando mais nova, mas que atualmente não sofre mais. Após o *bullying* a paciente passou a não gostar de seu corpo, pois se sente muito magra (o *bullying* era nesse sentido), no entanto, gosta muito de seu rosto e cabelo. Sem a mãe na sala, ela retoma o *bullying* que sofreu na infância e diz que “não gosta de nada no corpo dela”. Foi conversado com a adolescente sobre a elaboração dos lutos que o adolescente enfrenta.

Máisa se comunica muito bem, não apresentando resistência para falar de suas angústias para a psicóloga ou para a mãe. Mora com a mãe e o padrasto, tem quatro irmãos (dois por parte de mãe e dois por parte de pai), mas nenhum mora com ela. Máisa diz que tem uma relação “média” com o padrasto, pois às vezes sente que ele a “olha de um jeito estranho”, mas que nunca tentou nada (relacionado à violência sexual). Os pais se separaram quando a adolescente tinha cerca de oito anos. Segundo a mãe o pai é distante, “mas é o jeito dele. Pensa mais em trabalho do que em qualquer outra coisa”. Tanto a mãe quanto a filha fazem questão de falar que a separação dos pais ocorreu devido a uma traição do marido. Máisa e o pai não se falam há quatro meses, o que a faz sofrer, pois gostaria que ele fosse mais presente e se preocupasse mais com ela. Ela se afastou do pai, pois “ele sempre promete as coisas que não cumpre”, por exemplo, combinou algumas vezes que iria buscá-la para passar o final de semana com ele, mas não apareceu ou deu satisfação. Ela vê fotos de festas e churrascos dele com a nova família nas redes sociais e fica muito triste por não ter sido convidada.

Diz que tem ansiedade (SIC) e sabia que aqueles sintomas eram de ansiedade por ter procurado no Google, sendo eles: palpitação, choro e fraqueza. Pensa muito no futuro, pois quer dar orgulho para si mesma e tem muito medo de não conseguir, o que leva aos sintomas descritos. Antes de dormir fica com esses pensamentos, cobrando-se, o que é alternado com uma revisão que faz da infância, e esses pensamentos a impede de dormir. Pergunto o que faz nessas situações, diz que gosta de dançar e ouvir música “para não pensar”, mas não tem mais vontade de fazer essas atividades.

No terceiro atendimento, a mãe pede para entrar na sala de atendimento com a filha. Na sala, ela mostra o braço de Maísa cortado e disse que a adolescente quem pediu para que ela mostrasse. A adolescente fica quieta e apática, enquanto a mãe explica que a menina se cortou há três dias com a lâmina do apontador, e quando a mãe chegou em casa, a filha mostrou o que tinha feito. A mãe falou que ela deveria contar à psicóloga sobre isso e pediu para a adolescente tirar uma foto para mostrar na sessão. Diz que marcou novamente o psiquiatra, pois acha que a medicação não está fazendo efeito.

Quando a mãe sai da sala, Maísa confirma o que a mãe contou e que queria contar à psicóloga o ocorrido, mas achou melhor a mãe fazer esse papel. No dia dos cortes, a adolescente estava sozinha em casa (depois disso a mãe tem medo de deixá-la sozinha) e começou a chorar muito, sentir algo que não sabe explicar e que pegou a lâmina do apontador e começou a fazer os cortes no braço. Diz que não pensou em nada no momento, mas que foi se sentindo mais aliviada. Como o braço estava bem inflamado, é questionado se estava doendo e ela diz que sim, mas que era uma dor boa, que a ajudava a não entrar em contato com o sofrimento que a fez realizar os cortes. Diz que desde que se cortou tem feito um esforço muito grande para não ter o comportamento novamente, pois sente muita vontade. A psicóloga solicitou encaminhamento médico para avaliar e tratar os ferimentos.

Devido ao novo fato, foi iniciada a aplicação dos instrumentos do psicodiagnóstico. Após 15 dias do ocorrido, Maísa se cortou novamente poucas horas antes do atendimento. A mãe novamente entra na sala para falar dos cortes e diz que a menina está estranha, brava e mais “grossa” (ela estava com uma fisionomia bem brava). Sem a mãe, a paciente repete que a medicação não está fazendo efeito, que ainda não dorme, sente as mesmas coisas e diz que está com muita raiva de tudo o que aconteceu com ela (fala se referindo ao pai), e se cortou, mas a vontade era de se matar. Durante esse encontro não foi aplicado nenhum instrumento, dada a gravidade do que a adolescente apresentou na sessão, e foi trabalhado os conflitos que a fizeram ter vontade de morrer, compreendendo que o desejo não era de deixar de viver, mas, sim, de dar fim ao sofrimento.

### •Resposta aos instrumentos

A seguir seguem os resultados dos instrumentos objetivos aplicados (CDI e BAI), assim como a pontuação do AUQEI.

**Tabela 2.** Pontuação de Máisa para o CDI, BAI e AUQEI

<b>Instrumento</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Classificação</b>
CDI	24	Presença de sintomas depressivos
BAI	31	Ansiedade Grave
AUQEI	42	Qualidade de vida prejudicada

Fonte: Autora.

### •Compreensão Clínica

O contato com Máisa passa a impressão de uma menina muito bem cuidada pela mãe, que se preocupa muito com ela e que faz o que for preciso para buscar ajuda para a filha. A adolescente reconhece o esforço da mãe, o que é presente tanto nas entrevistas como no AUQEI, sendo a relação com a mãe a pontuação máxima (muito feliz), ao contrário da relação com o pai (muito triste). Assim como Joana, as angústias pela ausência real do pai parecem influenciar negativamente em seu desenvolvimento emocional, tendo nos cortes uma forma de dar vazão a esse sofrimento (Hawton et al., 2012; Tardivo et al., 2019a, 2019b).

Apesar dos conflitos com o pai e evitar o contato com o padrasto, esse instrumento apresentou uma pontuação elevada no que diz respeito aos aspectos familiares. No entanto, o instrumento apresentou uma qualidade de vida prejudicada, tendo atingido uma pontuação um pouco abaixo da média do questionário. Esse prejuízo parece atingir mais as funções do cotidiano, o que pode estar relacionado aos sintomas depressivos e ansiosos apresentados no CDI e BAI, principalmente no que se refere à qualidade do sono (como também assinalado no CDI).

O CDI indicou a presença de sintomas de depressão, estando a pontuação de Máisa acima da nota de corte do instrumento. As pontuações mais elevadas estão relacionadas à tristeza e à crítica em relação a si. No geral, foram apontadas questões relacionadas a insegurança, medo de acontecer algo ruim, dificuldades nas relações sociais, solidão e o desejo de morrer, no entanto, não cometeria o suicídio. Esse último dado vai de encontro com a fala da paciente, ao dizer que se corta, mas a vontade é de se matar. Embora a adolescente não tenha realizado nenhuma tentativa de tirar a própria vida, foi necessária atenção aos comportamentos, fala e emoções da paciente, pois conforme Ferreira et al. (2021) e Guerreiro e Sampaio (2013), a autolesão pode ser um fator de risco para o suicídio. Apesar do desejo de morte, os cortes de

Maísa parecem dar um contorno e uma vazão aos sentimentos, ao invés de eliminá-los no suicídio, como apresentado por Kovács (2008) e Giusti (2013).

Sobre os cortes como uma forma de evitar o suicídio, Maísa apresenta no BAI que tem “medo do que aconteça o pior”, buscando controlar a força do ego e, assim, manter sua integridade, o que é notado quando a paciente diz que não pensou em nada e, apesar de tentar se controlar, quando se dá conta, está se cortando. Embora tente se controlar, a adolescente aparenta ter um comportamento impulsivo, o qual foi discutido nos trabalhos de Giusti (2013), Guerreiro e Sampaio (2013), Ferreira et al. (2021) e Tardivo et al. (2019b), que identificaram, entre os adolescentes estudados, maior impulsividade dentre aqueles com comportamento autolesivo.

O BAI apresentou presença grave dos sintomas de ansiedade, sendo os mais assinalados aqueles relacionados aos sintomas físicos da ansiedade, assim como descrito por ela no início dos atendimentos. Os sintomas de ansiedade e depressão foram apresentados pelos estudos como fatores frequentemente encontrados em adolescentes com episódios de autocortes (Giusti, 2013; Guerreiro e Sampaio, 2013; Ferreira et al., 2021; Plener et al., 2015; Luyckx et al., 2015; Nock et al., 2006; Tardivo et al. 2019a; Tardivo et al. 2019b, Zetterqvist et al., 2020).

As entrevistas apresentam uma dificuldade nas relações ambientais e no contato social, principalmente quando a adolescente conta que sofreu *bullying* na escola (o que comprometeu sua autoestima) e que hoje tem poucos amigos. Autores como Giusti (2013), Silva e Botti (2017) e Ferreira et al. (2021) escrevem em seus trabalhos sobre a necessidade de dar atenção ao *bullying*, pois muitos adolescentes com comportamento autolesivo relatam ter sofrido esse tipo de violência na escola. Essa situação parece acelerar o processo de elaboração pelo corpo infantil (Aberastury, 1983; Aberastury & Knobel, 1981), uma vez que a adolescente nega seu corpo infantil ao dizer não gostar de nada de seu corpo, mas admirava seu longo cabelo e outras características perceptíveis dos adolescentes.

Nas entrevistas, a adolescente ainda diz que não consegue dormir, pois fica pensando muito em seu futuro, cobra-se excessivamente, pensamento esse que é alternado com a revisão que faz da infância. Retomando Winnicott (1961/2011), os pensamentos da adolescente aparentam estar integrando seu passado em sua nova fase de vida, atualizando e ressignificando os acontecimentos vividos, permitindo com que elabore o luto pelo seu papel e identidade infantil (Aberastury, 1983; Aberastury & Knobel, 1981).



### 3) Érica, 14 anos

Érica, assim como Joana, foi encaminhada por um estagiário de psicologia para realizar o psicodiagnóstico. A paciente veio ao primeiro atendimento com a mãe, a qual relatou, em tom agressivo, que Érica está mais quieta e chorando com facilidade, que só quer ficar no celular e não faz nada que a mãe mande com relação aos serviços domésticos. Diz que sempre tem de ir buscar a filha na escola, porque ela “passa mal”. Érica interrompe e diz que não gosta da escola, mas a mãe diz que a escola é ótima e ela vai ficar naquela escola mesmo. Diz que a filha se corta e ela não sabe o que fazer. O outro filho também tinha esse comportamento, mas não apresenta mais (ele tem 18 anos).

Quando a mãe sai da sala e ficam apenas Érica e a psicóloga, é questionado como é para ela ouvir tudo o que a mãe diz. Ela responde que sente “uma coisa” da qual não sabe nomear e acredita que tenha piorado com a mudança de escola, onde “passa mal” (apresenta choro, tremeadeira, falta de ar e comportamento autolesivo). Na escola, conversa com todo mundo, mas diz que os colegas menosprezam suas angústias, dizendo que não aguentam mais o jeito dela: uma hora está “normal” e na outra, “mal”.

Relata que começou a se cortar há menos de um ano e que a mãe ficou muito brava quando viu os cortes. A adolescente passou a se cortar nas nádegas e coxas para esconder da mãe, que acredita que a filha não tenha mais o comportamento.

Diz que não sabe o que a fez começar os cortes, mas que há muito tempo sentia essa angústia que não consegue nomear e “ano passado explodiu”. Também diz que não teve influência da mídia, redes sociais ou amigos para começar o comportamento. Quando se corta, diz que também não sabe nomear o que sente, mas que se sente aliviada no início e depois “fica mal”, sentindo-se culpada. Para não se cortar, tenta pensar em outra coisa.

Mora com o pai, que trabalha em casa e com a mãe que trabalha fora o dia todo. O irmão não mora mais com eles, pois se mudou para casa de uma tia no interior; segundo Érica, ele se mudou “porque nem ele aguentava as coisas de casa, mas agora sobrou tudo para mim”. Fala isso se referindo às brigas dos pais, pois o pai é alcoolista (ela diz “alcoólatra”) e, quando bebe, briga muito com a mãe e os filhos tentam protegê-la. Ambos brigam muito com os filhos e o pai menospreza o sofrimento da filha, dizendo que é frescura, e a mãe corrobora, falando que ela “tem que parar com isso”.

#### •Resposta aos instrumentos

A seguir, os resultados do CDI, BAI e a pontuação do AUQEI serão apresentados respectivamente.

**Tabela 3.** Pontuação de Érica para o CDI, BAI e AUQEI

<b>Instrumento</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Classificação</b>
CDI	31	Presença de sintomas depressivos
BAI	45	Ansiedade Grave
AUQEI	39	Baixa qualidade de vida

Fonte: Autora.

### • **Compreensão Clínica**

Assim como Joana e Maísa, Érica apresentou pontuação que sugere presença de sintomas depressivos e ansiosos, fator encontrado na literatura que estuda o comportamento autolesivo em adolescentes (Giusti, 2013; Guerreiro e Sampaio, 2013; Ferreira et al., 2021; Plener et al., 2015; Luyckx et al., 2015; Nock et al., 2006; Tardivo et al., 2019a; Tardivo et al., 2019b, Zetterqvist et al., 2020). A adolescente relatou apresentar sintomas físicos de ansiedade (quando está na escola ou em momentos de brigas em casa) e chegou a ir ao hospital para ser medicada. Os sintomas que ela relata sentir foram apresentados no BAI, que revelou pontuações elevadas no que diz respeito aos sintomas físicos de ansiedade. O instrumento demonstrou sintomas graves de ansiedade, obtendo 42 pontos (acima de 31 é considerado ansiedade grave). O controle da ansiedade a leva de volta ao passado, como diz em uma das sessões: “para não ficar pensando muito, pensando em como será meu futuro, eu fico pensando no passado (...) mas não tem nada muito bom no passado”. Dessa forma, visa moderar as fantasias, com medo de perder o controle, ou como foi pontuado no BAI, medo do que aconteça o pior. Esses pensamentos que remetem ao passado parecem demonstrar o quanto a adolescente ainda precisa elaborar os lutos de seu papel e identidade infantis, como descritos por Aberastury (Aberastury & Knobel, 1981; Aberastury, 1983), em uma tentativa de integrar o passado, ressignificando e atualizando os conteúdos da infância (Winnicott (1961/2011), para assim conseguir aceitar a passagem do tempo e caminhar para a elaboração da identidade adulta.

A adolescente já tentou suicídio quatro vezes e ainda apresenta a ideação suicida, como demonstrou no CDI. A adolescente preferiu não dizer como foram as tentativas, mas em nenhum das vezes precisou ser socorrida e a mãe ficou sabendo desse fato muito tempo depois, por uma amiga Érica. Nas entrevistas, diz que o desejo não é de morrer, mas acabar com as perturbações e resgatar uma Érica escondida embaixo de todo esse sofrimento. Dessa forma, vê na autolesão uma forma de controle, compreendida como uma tentativa de sobreviver (Breen et al., 2013; Kovács, 2008). Ao dizer que há uma Érica escondida atrás de todo o sofrimento, é possível compreender essa angústia com um Falso *Self*, que busca meios do Eu Verdadeiro –

compreendido como potencial – emergir, como definido na teoria de Winnicott (2007b/1960), ao descrever o Falso *Self* mais para o lado da normalidade.

No CDI, as questões mais pontuadas indicam tristeza, insegurança, solidão, crítica com relação a si mesma, além de querer morrer. As respostas da paciente indicam sintomas relacionados à depressão, estando sua pontuação muito acima da nota de corte (acima de 17 pontos é indicativo de depressão, e Érica apresentou 32 pontos). Esses sintomas depressivos, assinalados no CDI e apresentados durante as sessões, aparentam prejudicar suas funções do cotidiano, tópico pouco pontuado no AUQEI, principalmente no que se refere a dormir e às atividades escolares.

De uma forma geral, o AUQEI indicou uma qualidade de vida prejudicada, principalmente quando relacionada às funções do cotidiano, como destacado, e nas relações familiares, principalmente com a figura paterna. Marília relata nas entrevistas que na família há muitas brigas, tendo o pai como pivô dos conflitos. A relação conflituosa com a família, principalmente com a figura paterna, é um fator discutido por diferentes autores que estudam o comportamento autolesivo na adolescência (Yip, 2005; Hawton et al., 2012; Giusti, 2003; Silva & Botti, 2017; Guerreiro e Sampaio, 2013; Breen et al., 2013; Tang et al., 2021; Ferreira et al., 2021; Lim et al., 2019; Tardivo et al., 2019a, 2019b), e a dificuldade na relação com o pai é um ponto em comum com as demais participantes. O instrumento ainda demonstrou uma idealização do irmão, considerando que eles brigavam muito quando moravam juntos, ela o culpa por ter de dar conta sozinha dos conflitos da família, mas pontua como máximo (muito feliz) a relação com ele.

O AUQEI ainda demonstrou qualidade nas relações sociais e se sentir bem próxima aos amigos e nos momentos de lazer. No entanto, esse aspecto foi contraditório na entrevista (diz ter poucos amigos, e que os colegas menosprezam suas angústias) e no CDI (no qual assinalou que está sempre sozinha).

Apesar da baixa pontuação nas funções do cotidiano, a autonomia está na média, apresentando boa qualidade na relação consigo mesma e boa perspectiva de futuro. No entanto, os sintomas depressivos, o estado ansioso no qual se encontra, os conflitos que vivencia em casa e na escola fazem com que atue de forma agressiva contra si mesma, numa tentativa de controlar tanto suas angústias como o ambiente, evidenciando seu sofrimento psíquico.

- **Demais participantes: Henrique, Tatiane e Bruna**

#### **4 – Henrique, 15 anos**

Henrique veio ao grupo encaminhado por um dos estagiários de psicologia. A mãe procurou atendimento para o filho alegando que ele apresenta desavenças com o pai, certa dificuldade de formar vínculos novos e algumas angústias. Em entrevista com a mãe, ela fala que o menino mente (diz que vai à escola, mas não vai), apresenta problemas na escola, rouba dinheiro de casa, fica o dia todo no celular e tem atos contraditórios às regras da casa (chega tarde, colocou um piercing mesmo contra a vontade dos pais, pintou o cabelo). A responsável diz que o adolescente e o pai brigam muito e quando acontecem as brigas, Henrique se exalta, fala alto e ameaça se matar, chegando a se cortar com uma tesoura na frente da mãe para demonstrar que seria capaz de se matar na frente dela.

Quando a mãe sai da sala de atendimento, o menino diz que os pais implicam muito com ele, que a situação não é como a mãe falou. Conta que o pai acha que usar brinco é “coisa de boiola” e o impedia de colocar o piercing, por isso o fez escondido. Fala que o pai implicou com o corte de cabelo pelo mesmo motivo, mas Henrique o enfrenta e diz que não vai mudar o corte ou tirar o piercing e isso gera muitas brigas entre eles. Durante a entrevista, Henrique relata que não concorda com a opinião dos pais, mas que “é igual ao pai”: fica “guardando” o conteúdo das brigas e as angústias, até que um dia “explode”, fica irritado, briga, fala alto e tem o comportamento que a mãe citou. Diz que na última briga teve uma “crise de ansiedade”, foi levado ao hospital e medicado.

Quanto à dificuldade de formar vínculos apresentado pela mãe, Henrique explica que tem, não é fácil para ele fazer novas amizades, que os amigos que têm são todos antigos. Mudou de escola há pouco tempo, mas os amigos com quem sai e conversa são os da antiga escola, que também foram para esse colégio que ele está. Apesar disso, diz que se dá bem com os outros colegas e faz algumas atividades na escola (escola de tempo integral).

#### **5) Tatiane, 17 anos**

A mãe de Tatiane procurou atendimento para a filha por achar que a adolescente tem comportamento muito agressivo em casa, não quer mais ir à escola, é “estúpida” com os colegas (que conseqüentemente se afastam dela) e, apesar de ter 17 anos, ainda não sabe ler e escrever. Diz que tenta ensinar a filha, mas em seguida ela já esquece até o nome da letra. Quando tinha nove anos, a mãe a levou a um psicólogo que a diagnosticou com dislexia, mas a mãe não sabia o que era até o momento da entrevista. Conta que a menina não se importa muito com os outros

(um dia está apaixonada, no outro, nem lembra que o jovem existe) e que fugiu de casa para ir ao Baile da Gaiola (baile funk do Rio de Janeiro). Enquanto a mãe falava, a adolescente fazia uma expressão de braveza para a mãe, chegando a gesticular que tinha um zíper na boca quando a mãe perguntou algo para ela. Esses comportamentos, somados à dislexia, fazem a mãe acreditar que ela tem algum tipo de comprometimento mental. Foi feito encaminhamento para avaliação neuropsicológica, mas até o final dos encontros, Tatiane dizia que a mãe não tinha procurado um profissional para acompanhá-la.

Sem a mãe, a adolescente mudou de postura e se mostra uma menina inteligente e bem articulada. Diz que realmente não sabe ler e escrever por mais que se esforce e isso faz com que sinta muita vergonha. Não quer que ninguém saiba de seu segredo, por isso se afasta de todo mundo e não quer mais ir à escola. Aos prantos, conta como é difícil viver com essa limitação. Diz que fica no quarto ouvindo música, usando o celular (tem um aplicativo que escreve o que ela diz e traduz o que está escrito, e assim ela consegue se comunicar por mensagens e navegar na internet) e tem um diário que usa para expressar suas angústias por meio de desenhos, mas a vontade é de escrever, então usa o aplicativo para expressar seus pensamentos e copia as letras no diário.

Tatiane acredita que causa muito sofrimento para a família e que por isso fugiu de casa. Diz que no episódio do baile funk, ela saiu de casa no intuito de fugir, para não causar mais problemas e sofrimentos para os pais e que usou o baile como desculpa, para que eles não fossem atrás dela. No entanto, eles descobriram por meio de amigos onde a adolescente estava e foram buscá-la na casa de uma amiga.

## **6) Bruna, 14 anos**

Após a segunda sessão das Oficinas Psicoterapêuticas, Máisa procurou a psicóloga e relatou estar preocupada com uma amiga da escola. Disse que a adolescente passava pelos mesmos problemas que ela, mas não especificou quais. Foi agendada uma sessão com a Bruna, que se interessou pelo trabalho realizado nas Oficinas.

Em conversa por telefone com a mãe, foi solicitado que ela comparecesse ao primeiro atendimento junto à filha, no entanto, Bruna veio acompanhada do pai. Ele disse que veio acompanhando a filha, pois a mãe achou importante ele vir ao atendimento, considerando que ele também tem alguns aspectos emocionais a serem trabalhados (nesse momento deu a entender que ele achou que também seria atendido pela mesma psicóloga, dessa forma, foi encaminhado a outro profissional). Em todo momento em que era questionado sobre as angústias da filha, ele voltava o discurso para suas próprias angústias. Segundo o pai, Bruna

gosta de deixar a casa toda fechada e escura, fica trancada o dia todo no quarto, mal conversa com a família. A adolescente permaneceu em silêncio enquanto o pai falava e, na maior parte do tempo, olhando para baixo.

Sem o pai, a adolescente chora e diz que não consegue se abrir com eles, que os pais são ótimos, mas eles têm os problemas deles e não a compreendem. Relata que tem chorado muito e com muita facilidade, mas não sabe identificar o motivo e nem por que estava falando sobre essas coisas com a psicóloga. Conta que Maísa falou sobre as sessões com o grupo, que estava gostando e a Bruna achou que poderia ser bom para ela, por ser um espaço para compreender e “lidar” com suas questões e para ter com quem conversar e se abrir.

#### 4.1.2. Etapa II – Oficinas Psicoterapêuticas

Neste item, será apresentada análise dos Desenhos Estórias com Tema e a compreensão clínica da dinâmica dos participantes ao longo dos 12 encontros. O relato das Oficinas Psicoterapêuticas realizadas com os adolescentes assim como as produções dos D-E com Tema se encontram no APÊNDICE B.

O grupo foi fechado, ou seja, só foi permitida a entrada de novos integrantes até a terceira sessão, com a entrada de Bruna. O grupo contou com seis integrantes, sendo três com comportamento autolesivo e três sem esse comportamento, como apresentado no tópico anterior. A seguir, serão apresentadas duas tabelas: a primeira (Tabela 4) com a participação dos adolescentes em cada encontro e, na segunda (Tabela 5), os principais temas discutidos em cada sessão, com base nas produções realizadas livremente pelos participantes.

**Tabela 4.** Presença dos participantes por encontro nas Oficinas Psicoterapêuticas Presenciais

	Joana	Maísa	Érica	Henrique	Tatiane	Bruna
Sessão 1	X	X	X	X	X	
Sessão 2	X	X	X	X		
Sessão 3	X		X	X		X
Sessão 4	X	X	X		X	X
Sessão 5	X	X	X	X	X	X
Sessão 6	X	X	X			X
Sessão 7						
Sessão 8	X		X	X	X	X
Sessão 9	X	X	X	X		X
Sessão 10	X	X	X	X	X	X

Sessão 11	X	X	X	X		X
Sessão 12		X	X			X

Fonte: Autora.

**Tabela 5.** Tema discutido em cada sessão das Oficinas Psicoterapêuticas Presenciais

	Tema principal discutido no encontro
Sessão 1	Aplicação do Desenho-Estória com o Tema com a temática “Desenhe um adolescente em São Paulo hoje”.
Sessão 2	Dificuldades em lidar com o sofrimento por se sentir julgado.
Sessão 3	Sofrimentos que ficam escondidos e formas de se expressar.
Sessão 4	O que as deixa feliz e ajuda a enfrentar uma sociedade que julga, maltrata, humilha, e faz com que as pessoas se sintam cobradas.
Sessão 5	Descarga motora: produção de <i>slime</i> .
Sessão 6	Ser humano como um ser ambivalente, com alegrias e tristezas.
Sessão 7	Nenhum adolescente compareceu.
Sessão 8	Carta aos pais.
Sessão 9	Mágoas e conflitos ao longo do desenvolvimento.
Sessão 10	Grupo: juntos por um objetivo comum.
Sessão 11	Formas de enfrentar os conflitos e angústias.
Sessão 12	Encerramento dos encontros.

Fonte: Autora.

- **Compreensão clínica dos encontros das Oficinas Psicoterapêuticas presenciais**

### 1) As representações sociais por meio dos Desenhos Estórias com Tema

No início do primeiro encontro no grupo, foi solicitado aos adolescentes que desenhassem “um adolescente em São Paulo hoje” e, após a produção gráfica, cada adolescente fez uma associação verbal de seu desenho. Foi escolhida essa forma de aplicação em respeito a uma das participantes que tem diagnóstico de dislexia e não conseguia escrever quase nada.

Todos os adolescentes realizaram o que foi pedido (os desenhos realizados no primeiro encontro das Oficinas Psicoterapêutica estão em APÊNDICE B). É possível reconhecer a adolescência em todas as produções, seja pela representação da figura humana, realizada sem características sexuais secundárias e com acessórios e roupas mais joviais, quanto por atividades comuns dos adolescentes (escola, jogos e skate). As associações verbais também deixam claro que os participantes cumpriram com a tarefa solicitada.

As angústias vivenciadas pelos adolescentes são bem retratadas nas produções tanto pelas produções gráficas, que representam os conflitos de forma literal por meio de escrita, quanto nas histórias. Chama a atenção a tristeza presente em todas as produções, todos apresentam imagens e histórias que falam de algum tipo de sofrimento causado pelo ambiente hostil no qual os adolescentes estão inseridos. Faltam estórias de características e situações boas vivenciadas pelos adolescentes. A única produção que apresenta alguns aspectos positivos dessa fase é o de Maísa, que descreve “os rolês”, sair com os amigos, família e se divertir.

Os principais temas apresentados nas produções foram, a saber: o dia a dia do adolescente, repleto de conflitos familiares, *bullying*, preconceitos, julgamentos e o quanto essas situações geram “problemas dos adolescentes” (como apresentado na produção de Maísa). Dessa forma, as produções retratam a adolescência como uma fase de inúmeros problemas e o adolescente com um ser doente (com sintomas como não conseguir dormir, ansiedade, depressão) e infeliz, como consequência de um ambiente hostil, repleto de brigas e julgamento em todos os âmbitos: familiar, escolar e social.

Outro fator que se destaca nos desenhos e associações são as características que permitem a identificação com os adolescentes participantes: os desenhos das meninas são figuras femininas e o de Henrique, uma figura masculina, o cabelo da figura desenhada por Érica traz a referência de seu longo cabelo cacheado, assim como o cabelo liso e a tiara desenhada por Tatiane. As histórias também refletem angústias que foram apresentadas pelos adolescentes nos encontros individuais e ao longo dos encontros no grupo. Essa identificação é um fator previsto, pois considerando o D-E com tema uma técnica projetiva, espera-se que o sujeito traduza em sua produção uma significativa identificação com suas experiências. Assim, a realidade e a identidade de quem desenha integram o campo das representações sociais (Aiello-Vaisberg, 1997, 2021).

## **2) Reflexões dos temas trabalhados durante as Oficinas Psicoterapêuticas presenciais**

Na Tabela 5, são encontrados os principais campos psicológicos presentes em cada um dos encontros; no entanto, outros campos também puderam ser identificados nas sessões, muitos se repetindo ao longo dos doze atendimentos com o grupo nas Oficinas Psicoterapêuticas. No primeiro encontro, embora ainda pouco à vontade e desconfiados de como seria o trabalho com o grupo, os adolescentes atenderam à solicitação e realizaram o Desenho-Estória com o Tema e, a com base em suas produções, passaram a interagir um com o outro, identificando-se na fala dos colegas.



Os primeiros temas apresentados na primeira sessão reverberaram durante quase todos os encontros seguintes. Conforme apresentado na análise dos D-E com Tema, os adolescentes falaram de suas angústias, fruto de viver em um ambiente hostil em todos os âmbitos: familiar, social e escolar. Com relação à família, contam sobre brigas, conflitos em casa; sobre a escola apresentam os problemas que enfrentam nesse ambiente, a insegurança nas amizades, o *bullying* e o medo de passar por essa situação; e, considerando as questões sociais, os adolescentes trazem em suas falas os preconceitos e o julgamento social. Todos os adolescentes, tanto na produção do D-E com Tema, quanto em suas falas, corroboram que o ambiente hostil, repleto de conflitos, inseguranças e julgamentos faz com que a adolescência seja uma fase doente (com sintomas de ansiedade e depressão) e no qual precisam se fechar para o mundo, ou demonstrar ser algo que vai contra seus ideais, interesses e identidade, o que os deixa infelizes. Nesse sentido, sentem que não podem demonstrar essa infelicidade: precisam se mostrar fortes e felizes com o “sorriso falso”.

A falsa felicidade também foi assunto da segunda sessão, fruto de uma preocupação exagerada sobre a percepção do outro sobre si. Essa preocupação também foi tema da quarta sessão, quando apresentam que sentem que precisam “ser boas o suficiente para a sociedade”, neste sentido, retoma o quanto se sentem julgados. Ter de se mostrar para a sociedade de uma forma diferente da que sente também foi tema discutido na terceira sessão. Essa sessão foi dedicada a trabalharem o quanto precisam esconder uma parte de sua identidade, suas angústias e tristezas.

Ainda na segunda sessão, os adolescentes falam sobre sentir que a família e a sociedade não os entendem, sentindo-se um E.T., como apresentado por Érica no sexto encontro. Esse campo teve maior destaque na oitava sessão, a qual os participantes dedicam para expressarem as dificuldades de comunicação com a família e brigas, o que faz com que se sintam cada vez mais incompreendidos e precisem utilizar de atuação agressiva como forma de comunicação para se expressarem e serem vistos: autolesão, gritar, bater a porta. Na sessão nove, eles ainda apresentaram o quanto os conflitos familiares e sociais são presentes em suas vidas, por meio de “palavras que machucam” e geram sofrimento.

A segunda sessão também apresentou um tema interessante, que se repetiu na quarta, sétima, nona e décima sessões: o “retorno à infância”. O segundo, sétimo e décimo encontros levantaram essa discussão com base em interesses que carregam da fase anterior, por exemplo, assistir a desenhos animados e brincar com tinta. Já na quarta sessão, a infância é apresentada como uma época melhor, sem conflitos, preocupações, problemas, uma fase em que conseguiam se divertir, se expressarem, serem vistos e compreendidos. Esse tema se repete no

nono encontro, ao apresentarem a infância como uma fase feliz, colorida e, em contrapartida, a fase adulta como uma etapa da vida mais sombria, repleta de tristeza, conflitos, problemas, preocupações e medos. Durante esses encontros, os adolescentes retomam as vivências infantis e puderam ressignificar os conteúdos dessa fase, como parte da integração do passado, como descrito por (Winnicott (1961/2011)). No entanto, esta não é uma tarefa fácil, pois como apresentado por Ferreira (2015), esses momentos mais regressivos levam os adolescentes a incertezas, temores e angústias, como pode ser notado ao pensar no adulto como uma fase do desenvolvimento sombria, triste e com muitas preocupações. As sessões também demonstram o quanto os adolescentes estavam buscando formas de elaborar os lutos pela infância que vai se perdendo, direcionando a libido para novos objetos e integrando seu Eu à nova realidade que estão construindo (Aberastury, 1983; Aberastury & Knobel, 1981; Freud, 1917[1915]/1996). Esses movimentos trazem os sentimentos de nostalgia, na lembrança da infância como uma fase melhor, mais divertida e colorida (Ferreira, 2015).

Um dado que chama a atenção nos encontros é que, até a terceira sessão, todas as produções gráficas eram feitas apenas com lápis grafite. As cores passaram a ser usadas a partir do quarto encontro, tanto nas imagens coladas no sulfite, como nos escritos junto às imagens, demonstrando ser possível acessar conteúdos latentes de forma menos defendida. O quinto encontro foi uma sessão em que exploraram o uso das cores, divertiram-se e espalharam tinta pelo corpo, em uma descarga motora prazerosa, o que também se repetiu no uso com tintas na décima sessão. O *slime* produzido na Oficina contribuiu com a criação de um Espaço Potencial, por meio do brincar, permitindo aos adolescentes se apropriarem desse lugar de repouso (Winnicott, 1967/1975c). Nesse encontro, os adolescentes ficaram mais em silêncio, apropriando-se de sua capacidade de estar só na presença do grupo, demonstrando entrar em contato com objetos bons internalizados (Winnicott, 1958/2007a).

Embora a maior parte das sessões apresentassem angústias e conflitos, em muitos momentos foi possível notar que falavam também de formas de enfrentar todas essas questões. Logo no segundo encontro os adolescentes já apresentam “formas de se livrar das coisas que sentem” e falam sobre vídeos na internet, assistir à TV e desenhos, como algo que remete a infância, expressando a nostalgia da infância durante o processo de elaboração do luto pela infância, o qual estão vivenciando (Aberastury, 1983; Aberastury & Knobel, 198, Ferreira, 2015). No quarto encontro, as adolescentes apresentaram a cultura (teatro, dança e música) como algo que as faz feliz, revelando a capacidade de entrar em contato com os fenômenos transicionais, mediadores entre o mundo interno e externo.

Nas sessões seis e nove, os participantes discutem sobre o desenvolvimento para a fase seguinte: no sexto encontro, descrevem seus sonhos e planos para quando forem adultos e, no nono, compreendem que o amadurecimento permite que aprendam a enfrentar situações que antes não eram possíveis. Neste encontro, também começa a ser discutido maneiras para enfrentar e elaborar as angústias e conflitos. Esse tema é mais aprofundado na sessão onze, em que os adolescentes apresentam a importância de ter um ambiente em que possam confiar (família e amigos), e retomam aspectos que aproveitam o Espaço Potencial e sua capacidade de estar só (Winnicott, 1967/1975c; Winnicott, 1958/2007a), ao darem ênfase à música para relaxar.

Por fim, nos encontros dez e doze, os participantes dedicam para discutir o campo das mudanças ocasionadas pelos encontros com o grupo. No décimo atendimento, os adolescentes se perceberam como um grupo, conectados por objetivos em comum e falam o quanto as discussões os fizeram sentir acolhidos e compreendidos por perceberem que passam por situações semelhantes. O décimo segundo encontro, o último, foi realizado um fechamento em que os adolescentes participantes puderam compreender as sessões como um ciclo que estava se encerrando e apresentaram o quanto se sentem transformados após a realização das doze sessões.

#### **4.1.3. Etapa III – Devolutiva do processo: entrevistas finais e reaplicação dos instrumentos**

A entrevista devolutiva ocorreu na semana seguinte ao término dos encontros em grupos e foi realizada com todas as participantes no mesmo dia. Nesse encontro, Tatiane e Henrique faltaram.

Durante essa entrevista, foram reaplicados os instrumentos do Psicodiagnóstico Compreensivo realizado com as três adolescentes que manifestaram comportamento autolesivo: CDI, BAI e AUQEI. Embora as escalas sejam consideradas de autorrelato, na primeira aplicação, todas as participantes optaram por responder às questões verbalmente e a psicóloga anotava na folha de repostas, já na segunda aplicação, todas preferiram responder aos questionários sozinhas. A seguir, estão apresentadas as sínteses das entrevistas devolutivas com as três participantes (Joana, Maísa e Érica) e os resultados da segunda aplicação dos instrumentos, em comparação com a primeira aplicação.

### 1) Joana, 14 anos

Joana compareceu à sessão acompanhada da mãe. A adolescente estava animada, contou muito feliz sobre sua festa de formatura e mostrou algumas fotos de seu vestido. Afirmou que já estava de férias e que a família tinha planos de ir para a região Norte do país, na casa de parentes, mas ela não queria ir. Durante a sessão, foi retomado alguns pontos que foram discutidos durante os encontros e Joana repete o que já havia dito no penúltimo encontro do grupo: foi bom ter um espaço para poder se expressar e ver que outras pessoas também passam por problemas como os dela. Diz que está se sentindo muito melhor e que ficou muito aliviada por não ouvir mais as vozes e nem ver as coisas que via, pois tinha muito medo “dessas coisas”. Fala que continua fazendo o acompanhamento no CAPS I, embora não goste do grupo que participa, pois não vê muito sentido nele. No CAPS I, passou por avaliação na semana anterior e estava muito feliz porque a psiquiatra começou a pensar sobre ela ter alta nos próximos meses.

Embora ainda tímida, Joana se apropriou mais do espaço, ficou à vontade na sala e não precisou ficar agarrada a sua bolsinha (como fazia durante as entrevistas do Psicodiagnóstico Compreensivo e no início dos encontros do grupo) que ficou esquecida em um canto da mesa. Ao falar sobre os instrumentos, quis preencher sozinha e leu com atenção cada uma das questões. Ao final da aplicação, foi solicitado que a adolescente aguardasse na recepção para que a psicóloga conversasse com sua mãe.

A responsável por Joana explica que estava com pressa por estar em horário de trabalho, mas fez questão de ir, pois sabia que era importante para o processo da filha. Conta que a filha está muito melhor, faz corretamente o tratamento indicado pela psiquiatra do CAPS I e gosta de ir ao CIC para os encontros com o grupo. Percebe a filha mais comunicativa e presente na relação familiar. A mãe afirma que tinha medo de deixar a adolescente sozinha no início dos atendimentos (devido às vozes que lhe davam ordens que colocaria sua vida e a dos outros em risco), mas que já confia que a adolescente “não vai fazer nada” e está permitindo que Joana seja mais independente. Foi conversado sobre a possível alta pela psiquiatra do CAPS I, ela diz que a família está muito feliz com a possibilidade e com a evolução da filha. A psicóloga esclarece que, apesar de a adolescente talvez não precisar tomar a medicação, ainda é importante continuar com o acompanhamento psicológico, pois há algumas angústias, medos e conflitos que precisam ser trabalhados, além de questões da própria adolescência. Após essa conversa com a mãe, a adolescente retorna à sala para o encerramento do processo psicoterapêutico. Ambas agradecem muito à psicóloga e a mãe retoma o quanto sente a filha mais feliz.

### • Respostas aos instrumentos: 1ª e 2ª aplicações

A seguir, são apresentadas as pontuações de Joana, com base em suas respostas na primeira e segunda aplicações dos instrumentos (Tabela 6) e a relação das pontuações dos fatores avaliados pelo AUQEI nas aplicações no processo Psicodiagnóstico Compreensivo e entrevista devolutiva (Tabela 7).

**Tabela 6.** Pontuação de Joana: 1ª e 2ª aplicações

<b>Instrumento</b>	<b>Aplicação I</b>	<b>Aplicação II</b>
CDI	21	18
BAI	31	36
AUQEI	37	39

Fonte: Autora.

**Tabela 7.** Fatores AUQEI: 1ª e 2ª aplicações de Joana

<b>Fator</b>	<b>1ª Aplicação</b>	<b>2ª Aplicação</b>
Autonomia	11	9
Lazer	13	14
Funções	8	10
Família	5	6

Fonte: Autora.

Embora ainda acima da nota de corte, o que sugere presença de sintomas depressivos, a reaplicação do CDI evidenciou diminuição desses sintomas, que passaram de 21 para 18 pontos, após os 12 encontros das Oficinas Psicoterapêuticas em grupo. As questões que apresentaram melhores pontuações relacionam-se a sentimentos de tristeza e choro, cansaço, dificuldades para dormir, capacidade de tomar decisões e de se divertir. No entanto, a sensação de que coisas ruins que acontecem são culpa dela aumentou a pontuação, assim como as obrigações com as tarefas da casa e não perceber mais os trabalhos da escola tão bons quanto antes.

Outra escala que apresentou melhores indicadores foi o AUQEI, apesar de continuar abaixo da nota de corte, o que representa qualidade de vida prejudicada. Nesse instrumento, os fatores lazer, funções e família apresentaram uma melhor pontuação, ao passo que em autonomia houve prejuízo no que diz respeito às questões relacionadas a: como se sente quando está sozinha e sobre o futuro.

Ao contrário das duas escalas anteriores, o inventário BAI aumentou a pontuação de 31 para 36, mantendo-se com indicativo de sintomas graves de ansiedade. Os sintomas que aumentaram mais as pontuações foram, a saber: sensação de dormência ou formigamento, de desmaio, nervoso, rosto afogueado e suor (não devido ao calor); outros sintomas tiveram um ligeiro aumento (sensação de calor, tremor nas pernas, tonto e medo de morrer). Em

contrapartida, alguns sintomas apresentaram menor pontuação quando comparados à primeira aplicação, sendo eles, a saber: incapacidade de relaxar, medo que aconteça o pior, palpitações, sem equilíbrio e aterrorizado.

Ao ser conversado com Joana sobre a diferença nas respostas entre as aplicações, com relação ao CDI, ela diz que muitas vezes se sente culpada pelo sofrimento que causa na mãe (como apresentado na carta do oitavo encontro) e conta que não gosta muito dos afazeres domésticos, por isso tem de ser obrigada a fazer. Com relação às tarefas da escola, a adolescente não comenta nada, mas se pode levantar a hipótese de que, no início dos atendimentos, ela tinha uma grande preocupação com a aceitação de sua produção e opinião do outro sobre ela e, com o passar dos encontros, foi se apresentando mais no grupo, participando mais, parecendo se preocupar menos com o que os outros vão pensar dela e com os julgamentos, que trouxe no Desenho-Estória como Tema do primeiro encontro. Sobre o AUQEI, responde que, desde que parou de ouvir as vozes e ver as coisas que via, sente-se melhor para realizar algumas atividades, não havia se cortado mais e, ao longo do tempo, enturmou-se um pouco mais com os colegas da sala, conversa mais com a mãe, mas tem inseguranças e dúvidas com relação ao futuro. Sobre o BAI, não falou muito sobre o assunto, apenas que ainda apresenta os sintomas apontados.

As respostas dos instrumentos podem demonstrar que, mesmo havendo melhora significativa em alguns sintomas, a adolescente ainda precisa de ajuda para enfrentar alguns conflitos e angústias, que elevam os sintomas da ansiedade. Conforme apresentado no relato da entrevista devolutiva, a paciente caminhava para a alta dos atendimentos no CAPS, mas foi orientado a continuar o acompanhamento psicológico.

## **2) Maísa, 14 anos**

Maísa entra na sala com a expressão apática, da mesma forma que nas sessões da primeira etapa da pesquisa (principalmente após o terceiro encontro, quando começou o comportamento autolesivo). A adolescente não apresentou esse semblante em nenhuma sessão dos encontros em grupo.

Ao ser retomado o motivo do último encontro e discutido sobre alguns temas que foram trabalhados ao longo dos encontros no grupo, Maísa retoma que gostou dos encontros e se sente bem de alguma forma que não sabe explicar, sente que o grupo a ajudou, embora acredite que tenha os mesmos sintomas de antes e que a medicação prescrita pelo psiquiatra não tem surtido efeito. Iniciada as instruções do teste, a adolescente pega as folhas e responde sozinha, de forma rápida, sem prestar muita atenção nas questões. Após terminar de responder às escalas, alguns

temas que mudaram a pontuação foram discutidos e, em seguida, foi solicitado que a paciente aguardasse na recepção, enquanto a psicólogo conversava com sua responsável.

A mãe entra na sala feliz, agradece o trabalho realizado com a filha e diz que a sente melhor, conversando mais, tem conseguido dormir melhor e que os cortes pararam (o último foi alguns dias antes do quarto encontro com o grupo). Ainda assim, sente que a filha em alguns dias está brava, “com raiva do mundo” e com uma expressão apática, como se não se importasse com nada e ninguém, além de a adolescente sempre dizer que a medicação não faz efeito. A responsável conta que conseguiu um convênio médico, vai mudar o psiquiatra e dar continuidade ao acompanhamento psicológico individual, caso seja necessário. A psicóloga esclareceu que a medicação diminui sintomas, não a sensação de abandono que a adolescente sente pelo pai e a raiva que isso causa, explicou que os medicamentos psiquiátricos agem de forma mais lenta e contínua, por isso, a importância de Máisa da continuidade ao tratamento. Ela deve ter paciência para esperar a medicação agir e, assim, era recomendado que a adolescente continuasse com o acompanhamento psicológico, para prosseguir em um espaço no qual pudesse entrar em contato com suas angústias e elaborá-las de forma adaptativa. Após essa conversa, a adolescente retorna à sala e as mesmas explicações e encaminhamentos são passados a ela, encerrando, assim, essa etapa com Máisa.

#### • Respostas aos instrumentos: 1ª e 2ª aplicações

A comparação com as pontuações dos três instrumentos (CDI, BAI e AUQEI) entre a primeira e segunda aplicação está apresentada na Tabela 8. Em seguida, na Tabela 9, há a relação entre os fatores trabalhados pelo AUQEI entre os dois momentos avaliativos.

**Tabela 8.** Pontuação de Máisa: 1ª e 2ª aplicações

<b>Instrumento</b>	<b>Aplicação I</b>	<b>Aplicação II</b>
CDI	24	25
BAI	31	48
AUQEI	42	37

Fonte: Autora.

**Tabela 9.** Fatores AUQEI: 1ª e 2ª aplicações de Máisa

<b>Fator</b>	<b>1ª Aplicação</b>	<b>2ª Aplicação</b>
Autonomia	11	9
Lazer	14	11
Funções	9	9
Família	8	9

Fonte: Autora.

De forma geral, a reaplicação de todos os instrumentos apresentou uma piora dos sintomas de Máisa, quando comparados à primeira aplicação. O CDI identificou um pequeno aumento da pontuação e continuou acima da nota de corte para sintomas de depressão. As questões que tiveram aumento da pontuação, demonstrando maiores sintomas foram, a saber: sentimento de fazer a maioria das coisas erradas e de ser culpada pelas coisas ruins que acontecem, sentir-se sempre entediada, com dificuldades para dormir e tomar decisões, não ter muitos amigos e se sair mal em matérias que considerava ter bons resultados. Apenas dois aspectos tiveram melhor desempenho no CDI: perceber-se com boa aparência e com o nível tão bom quanto o dos demais.

O inventário BAI se manteve na classificação de sintomas graves de ansiedade, no entanto, a pontuação aumentou significativamente, passando de 31 pontos na primeira aplicação para 48, na segunda. As respostas da paciente apontaram aumento em metade dos sintomas apresentados pelo instrumento.

Com relação ao AUQEI, assim como os demais instrumentos, a pontuação sugere uma piora do quadro, diminuindo a qualidade de vida de 42 para 37 pontos, indicativo de qualidade de vida prejudicada. Os fatores relacionados à autonomia e ao lazer tiveram menor pontuação, quando comparados à primeira aplicação, nos aspectos: praticar esportes, assistir à TV, ver os amigos falando dela, ficar sozinha e dormir fora de casa, no entanto, pensar em seu futuro apresentou melhora na pontuação. O fator funções se manteve o mesmo em ambas aplicações e família apresentou um sutil aumento, no que diz respeito à relação com o pai.

Após a adolescente responder aos instrumentos, foi conversado sobre as mudanças nas respostas e aumento das pontuações. A paciente não demonstrou interesse em conversar sobre o assunto, dizendo apenas que as medicações não fazem efeito e que o aumento das pontuações poderia ser por esse motivo. No final do processo Psicodiagnóstico Compreensivo, portanto, antes do início com o grupo, a paciente iniciou um acompanhamento psiquiátrico, tomando medicação para controle dos sintomas (começou com Sertralina, mas como dizia não sentir qualquer efeito, o psiquiatra trocou a medicação, segundo a mãe por uma mais forte, mas não se lembrava o nome). Como é possível observar nos relatos dos encontros com o grupo, em diferentes situações, a paciente ou a mãe reclamavam que as medições não surtiam efeito, embora a adolescente se sentisse “dopada” com os remédios. No momento da entrevista devolutiva, a paciente estava há quatro meses em acompanhamento psiquiátrico.

O agravamento nos resultados dos instrumentos na segunda aplicação demonstra que, mesmo com as Oficinas Psicoterapêuticas e acompanhamento psiquiátrico, a paciente ainda é carente de ajuda, apoio e cuidado, tanto profissional, quando familiar. Ainda assim, alguns



aspectos apresentaram melhor desempenho (todas). Segundo relato da entrevista final, a adolescente foi encaminhada para psicoterapia individual e continuou com o acompanhamento psiquiátrico.

### **3) Érica, 14 anos**

Érica entra na sala de atendimento com a expressão de brava, começa dizendo que não queria que os encontros terminassem e pergunta novamente se a psicóloga passaria o contato pessoal, para que ela pudesse ligar “quando precisasse”. A psicóloga acolheu a adolescente, compreendeu sua raiva, mas explicou que não poderia passar o contato. A paciente ficou brava e se limita a responder o que era perguntado ao tentar discutir os temas trabalhados nos encontros. Muitas vezes, a resposta era agressiva, atacando a psicóloga e chegou a dizer que o grupo não a ajudou em nada. Na reaplicação dos instrumentos, quis responder sozinha e o fez rápido, sem atenção às questões. Após a aplicação das escalas, a adolescente ficou um pouco mais aberta a conversar com a psicóloga e alguns pontos foram discutidos. Finalizada essa parte, a adolescente aguardou na recepção para que a psicóloga conversasse com a mãe.

A responsável pela adolescente inicia contando que viu os cortes nas pernas da filha e o quanto a situação a deixou triste. Explica que não brigou com a filha dessa vez, mas tentou conversar sobre o quanto aquilo a deixava triste, que não queria que a filha sofresse e queria ajudá-la, mas não sabia como. A filha também ficou triste com a situação e, depois desse episódio, não viu mais cortes. Conta o quanto a adolescente gosta de participar do grupo, que conversa em casa alguns assuntos discutidos, sente que a filha está “se abrindo mais” com a mãe, diz que nunca mais precisou ser chamada na escola pela filha “estar passando mal” e que a adolescente tem frequentado mais às aulas e feito as tarefas da escola e de casa sem muita reclamação. A psicóloga esclarece que, embora a filha tenha apresentado melhora nos sintomas e que a mãe também percebe algumas mudanças no comportamento da filha, ainda é importante que ela continue a psicoterapia, se possível no CAPS I para que também seja feita uma avaliação psiquiátrica e possa ser acompanhada por uma equipe multidisciplinar. A adolescente voltou para a sala de atendimento e foi explicado o encaminhamento, aceito, mas com resistência, pois Érica repete que não queria ir a outro psicólogo.

#### **• Respostas aos instrumentos: 1ª e 2ª aplicações**

As pontuações de Érica, conforme suas respostas na primeira e segunda aplicações dos instrumentos (CDI, BAI e AUQEI) estão apresentadas na Tabela 10. As pontuações dos fatores

avaliados pelo AUQEI, nas aplicações no processo Psicodiagnóstico Compreensivo e entrevista devolutiva, estão presentes na Tabela 11.

**Tabela 10.** Pontuação de Érica: 1ª e 2ª aplicações

<b>Instrumento</b>	<b>Aplicação I</b>	<b>Aplicação II</b>
CDI	31	30
BAI	45	42
AUQEI	39	38

Fonte: Autora.

**Tabela 11.** Fatores AUQEI: 1ª e 2ª aplicações de Érica

<b>Fator</b>	<b>1ª Aplicação</b>	<b>2ª Aplicação</b>
Autonomia	13	10
Lazer	17	15
Funções	4	7
Família	5	6

Fonte: Autora.

A segunda aplicação das escalas em Érica apresentou uma pequena melhora, quando comparada às primeiras respostas, exceto no AUQEI. Embora se mantenha acima da nota de corte para sintomas depressivos, o CDI diminuiu um ponto, passando de 31 na primeira aplicação para 30, na segunda. Seis questões apresentaram melhor desempenho no reteste, sendo elas: a percepção que as coisas darão certo para ela, capacidade de tomar decisão, disponibilidade para realizar as tarefas de casa, dificuldade para dormir, o quanto se sente sozinha e como tem se saído nas atividades escolares. Já as questões com piora na pontuação estão relacionadas a: vontade de chorar, falta de apetite, percepção que as coisas dão errado por sua culpa, querer ter mais amigos do que tem e nunca fazer o que a mandam.

O BAI também se manteve na classificação da primeira aplicação (sintomas graves de ansiedade), apesar de ter diminuído a pontuação de 45 para 42 pontos. Dos sintomas que sofreram alteração entre as aplicações, a maior parte apresentou melhora, sendo eles, a saber: dormência ou formigamento, sensação de calor, medo que aconteça o pior e de perder o controle, sentir-se sem equilíbrio, trêmulo e dificuldade de respirar. Por outro lado, quatro sintomas tiveram maiores pontuações: aterrorizado, medo de morrer, indigestão ou desconforto no abdômen e rosto afogueado.

No que diz respeito ao AUQEI, a escala apresentou um maior prejuízo na qualidade de vida, comparada com a primeira aplicação, passando de 39 para 38 pontos. Apesar disso, os fatores funções e família tiveram um melhor desempenho, principalmente nas questões: à noite, ao deitar-se, estar em sala de aula e fazer as lições de casa e relação com a mãe. Já os fatores

autonomia e lazer apresentaram um rebaixamento na qualidade de vida nas questões: ao se ver em uma foto, no dia de seu aniversário, quando faz alguma atividade sozinha, ao ver os amigos falando dela e quando pensa no futuro. As respostas do AUQEI trouxeram pontos importantes que foram melhorados ao longo do tempo, principalmente no que diz respeito à escola, lugar onde ela “passava mal” e pedia atestados para que pudesse faltar. Ao final dos encontros, Érica estava ciente das consequências de suas faltas e aceitou, com facilidade e dedicação as atividades que deveriam ser entregues para terminar o ano letivo.

Durante a última entrevista, após a paciente responder aos questionários, foram apontadas mudanças em algumas respostas. Érica concorda que houve uma melhora em alguns sintomas e na relação com a mãe, mas enfatiza que ainda não se sente bem e, por isso, não gostaria que os atendimentos com o grupo cessassem. Foi retomado o último encontro das Oficinas, em que foram discutidos os motivos dos encontros terem fim. A adolescente diz que compreende, embora não concorde com o término dos encontros e que não sabe se quer continuar o tratamento com outra psicóloga, sendo esclarecida a importância da continuidade.

Mesmo com a diminuição das pontuações, em todos os testes a classificação ainda apresenta graves sintomas de ansiedade e depressão, assim com prejudicada qualidade de vida, o que demonstra a necessidade de ajuda e acolhimento que Érica ainda necessita. Dessa forma, assim como as outras pacientes, a adolescente foi encaminhada para dar continuidade à psicoterapia individual e orientada a procurar o CAPS I para avaliação psiquiátrica.

#### **•Compreensão Clínica das entrevistas devolutivas**

Os resultados do reteste das escalas CDI, BAI e AUQEI apresentaram algumas características comuns entre as participantes. Com relação ao CDI, todas as adolescentes continuaram pontuando acima da nota de corte, o que demonstra presença de sintomas depressivas, e apenas Máisa obteve pontuação maior na segunda aplicação; no entanto, Érica e Joana demonstram que se sentem mais capazes de tomar decisão. As duas adolescentes também apresentaram melhora com relação ao sono, ao passo que Máisa descreve piora nesse sentido e todas falam de se sentirem mais culpadas pelas coisas ruins que acontecem. Já com relação à escola, Máisa e Érica manifestaram aspectos mais positivos em seus trabalhos, o que também foi evidenciado pela mãe de Érica na última sessão e por Bruna, no último encontro do grupo. A diminuição da pontuação neste instrumento, apesar de sutil, é um indicador importante, considerando que muitos estudos associaram a depressão com o comportamento autolesivo (Giusti, 2013, Guerreiro e Sampaio, 2013; Ferreira et al., 2021; Plener et al., 2015; Luyckx et al., 2015; Nock et al., 2006; Tardivo et al., 2019a; Tardivo et al., 2019b).

Quanto ao inventário BAI, todas apresentaram pontuação que indica presença de graves sintomas de ansiedade, sendo que Joana e Máisa tiveram maior pontuação na segunda aplicação. Neste instrumento, todas relataram maior medo de morrer, porém Joana e Érica sentiram menos medo que aconteça o pior.

Já com relação ao AUQEI, apenas Joana indicou melhora na qualidade de vida, apesar de, assim como as demais, ainda apresentar uma pontuação que indique qualidade de vida prejudicada. O fator autonomia identificou um prejuízo maior nas três pacientes, o que pode indicar um movimento regressivo na tentativa de elaborar os lutos da própria adolescência (Aberastury & Knobel, 1981; Aberastury, 1983). No mesmo sentido, a pontuação no fator lazer foi menor para Máisa e Érica, que em um dos encontros no grupo disseram que coisas que eram prazerosas para elas, no momento não eram mais e, na mesma sessão, falaram sobre gostar de assistirem a desenhos animados e como era bom ser criança, revelando a difícil tarefa de deixar para trás essa fase e elaborar o papel da infância para construir novos papéis e identidade (Aberastury & Knobel, 1981; Aberastury, 1983). Na contramão desses dois fatores, família apresentou melhor pontuação nas três participantes, indicando a melhora nas relações em casa, o que também foi apresentado pelas mães das três adolescentes. A evolução desse fator é um aspecto importante, pois segundo Antunes et al. (2018), Borges & Pacheco (2018) e Melo et al. (2017), quanto melhor as relações familiares, menos sintomas depressivos.

Por fim, o fator funções apresentou melhor desempenho em Joana e Érica, mantendo-se igual para Máisa, dessa forma, pode-se notar melhora nas tarefas do dia a dia, por exemplo na escola, como apresentado pela mãe de Érica.

As respostas da segunda aplicação dos instrumentos foram respondidas em silêncio pelas próprias participantes, ao contrário da primeira aplicação, em que a resposta era verbalizada à psicóloga, que anotava na folha de registro. O último encontro foi realizado após cinco meses de contato entre a psicóloga-pesquisadora e as adolescentes, intensificando o vínculo entre a dupla terapêutica. A evolução na pontuação da segunda aplicação pode indicar o quanto as pacientes, após toda as sessões realizadas e respondendo sozinha ao questionário, permitiram-se entrar em contato com as angústias que esses assuntos traziam a elas, por exemplo, a culpa que Érica sentiu ao ver a mãe chorar pelos seus cortes e a compreensão de que não tem tantos amigos quanto queria, pois muitos a criticam, como apresentado nos primeiros encontros.

A avaliação dos sintomas não deve ser a única fonte para se identificar a evolução do paciente, mas os resultados dos instrumentos CDI, BAI e AUQEI, ao demonstrar pouco progresso ou a piora das pontuações, podem representar o quanto as adolescentes ainda precisam de atenção e cuidado. Segundo relato das próprias adolescentes, das mães e a

percepção da psicóloga-pesquisadora, o grupo contribui de forma significativa para as adolescentes, no entanto, elas pareciam precisar de mais do que pode ser ofertado naquele momento, o que é notório pelo movimento de Érica, ao dizer nos seis últimos encontros do grupo que não gostaria que terminasse e ter ficado brava na última sessão. A fala de Érica, associada com os resultados no reteste das três participantes, demonstra a necessidade da atenção, o quanto precisam de um espaço de escuta e cuidado, corroborando os estudos de Tardivo et al. (2019a, 2019b), que frisa o quanto esses adolescentes precisam ser cuidados, protegidos, compreendidos.

## **4.2. Psicodiagnóstico Compreensivo e Oficinas Psicoterapêuticas remotos**

Esta parte do capítulo abordará os conteúdos trabalhados durante as três etapas da pesquisa realizadas no formato remoto, por meio de aplicativo de vídeo conferência Google Meet. Ao todo participaram sete adolescentes: Carla, Stephanie, Michele, Gabriela, Sabrina, Matheus e Renata. Destes, apenas as três primeiras apresentavam comportamento autolesivo.

### **4.2.1. Etapa I – Psicodiagnóstico Compreensivo**

A seguir serão apresentados dados da identificação, entrevista com a mãe da participante, entrevistas individuais com as adolescentes e resultados dos instrumentos CDI, BAI e AUQEI, realizados na primeira etapa com as participantes que apresentavam comportamento autolesivo: Carla, Stephanie e Michele. Logo após, há a compreensão clínica de cada uma das adolescentes, com base nos dados levantados no Processo Psicodiagnóstico Compreensivo. Com os demais participantes – Gabriela, Sabrina, Matheus e Renata – não foi realizado o psicodiagnóstico, por ser objetivo do estudo apenas a avaliação com as adolescentes que se autolesionavam. Portanto, serão apresentados com base nos dados colhidos durante a entrevista inicial com o responsável e entrevista individual com o participante.

#### **1) Carla, 15 anos**

A mãe da adolescente a inscreveu para atendimento no projeto APOIAR on-line. No primeiro contato com a mãe por telefone, ela informou que 2020 foi um ano difícil para a família: sua mãe faleceu (ela dividia quarto com Carla), os pais da adolescente se separaram, um dos cachorros da família também faleceu e o outro estava muito doente (ele morreu na segunda semana do psicodiagnóstico). Diz também que o ex-marido é alcoolista há mais de seis

anos e perdeu o emprego como engenheiro em uma grande empresa multinacional por esse motivo. Na época dos atendimentos, o pai de Carla morava com um irmão, no apartamento acima ao dela. A mãe conta que, embora separados, ela sempre precisa socorrê-lo, pois fica alcoolizado e caído na rua, e a adolescente não gosta que a mãe o ajude. Em uma viagem com a filha no começo do ano, a mãe descobriu os cortes nos ombros da adolescente e, por isso, entrou em contato com o projeto. Diz que o ex-marido sempre ameaçava se matar e agora a filha tem o mesmo comportamento quando a mãe diz que ela precisa voltar para as aulas presenciais. Apesar da bebida, ela conta que o casamento não acabou por isso, mas devido a uma traição do marido.

O primeiro atendimento com Carla e sua mãe foi realizado por meio de videochamada. Nesse encontro, a responsável repete as informações dadas na ligação telefônica e conta que trabalha muito, pois se tornou a única responsável financeira pela casa. Tem dois empregos, então trabalha todos os dias da semana, mesmo aos finais de semana. Após a conversa com a mãe, a adolescente foi para seu quarto com o celular para continuar a sessão.

Sem a mãe, a adolescente diz que é estranho ouvir a mãe falando sobre ela, pois, como a responsável nunca está em casa, considera não a conhecer e que a mãe fala sobre o que ela acha que a filha sente, já que nunca conversaram sobre o assunto. Conta que, quando os pais eram casados, o pai bebia e agredia a família verbalmente, mas, nos momentos em que estava sóbrio, ele a ajudava com as tarefas de casa e conversava com ela sobre o que ela estava sentindo.

Conta que não sabe o que a faz realizar os cortes e, algum tempo antes de começar a se cortar, batia a ponta dos dedos na lâmina da gilete, para fazer pequenos e finos cortes. Considera que tinha este comportamento por medo de se cortar. Com o tempo, passou a cortar os dedos com mais profundidade, depois os braços e os últimos cortes foram profundos e nos ombros. Fala que a mãe é agressiva, fala algumas coisas que a machuca e, quando viu os cortes, achou que a mãe ficaria muito brava, mas foi menos do que imaginava. Volta a dizer que a mãe não sabe o que ela sente e fica dizendo que a adolescente se corta em consequência da relação com o pai, mas Carla não concorda, dizendo que nem sempre é no pai que está pensando quando se corta.

A primeira vez que bateu o dedo na gilete, conta que estava se sentindo muito nervosa, mas não sabe descrever o motivo e que quando começou a bater o dedo na gilete sentiu uma “ardência boa”. Quando passou a se cortar, diz que doía, mas que gostava da dor. Ri e diz que parece “uma psicopata falando”. Conta que começou a pensar nos cortes depois de uma aula sobre prevenção à autolesão que teve na escola. Diz que os cortes aliviam algo que ela não sabe dizer o que é. Afirma que não tem se cortado mais, embora sinta muita vontade.

Sobre o episódio de falar que se mataria para não voltar às aulas presenciais, conta que não faria isso, pois não quer morrer. Concorde com a mãe que repetiu um comportamento do pai. Embora não goste da escola, não quer mudar, pois teria de se adaptar e acha que não teria ninguém para conversar.

Durante os atendimentos fala muito sobre sua relação com o pai e conta que fica muito irritada ao vê-lo bêbado e com a mãe o ajudando, “depois de tudo o que ele fez”. Diz que está cansada da situação e já tentaram de tudo, mas o pai não para com a bebida. Conta que antes de começar a beber eles tinham uma boa relação, mas o comportamento agressivo dele com a bebida fez com que se afastassem. O pai a visita quase todos os dias, ou pede para que ela vá até a casa dele, mas diz que quando os pais estão juntos “parece que eles se unem contra mim”.

Também contou nas sessões sobre a relação com a avó. Diz que era ela quem cuidava da avó: saía da escola e corria para casa para dar comida para a avó que era acamada e ajudava com alguns cuidados de higiene. Também era ela quem cuidava dos cachorros, levando-os para passear algumas vezes ao dia e os alimentando. Fala que ficou muito triste com as perdas, mas não tanto quanto a mãe, e que tanto a avó quanto os cachorros estavam sofrendo muito. Diz achar estranho não ter chorado no velório da avó e nem com a morte dos cachorros, embora tenha ficado muito triste e se culpa por não chorar. Diz que sente vontade de chorar, mas não consegue e só chora quando está com raiva.

Nos atendimentos, Carla conta que não tem amigas na escola e que já foi o centro de brigas e discussões entre os colegas. As amigas com quem mais conversa são cinco garotas (entre 14 e 23 anos) que conheceu na internet por terem gostos em comum. Tem um grupo de amigos, com quem saía antes da pandemia, mas sente que ela não seja importante para eles, apesar de nunca terem saído sem ela e sempre a incluir nas discussões e conversas. Pensa que pode ser apenas uma impressão dela, pois se considera mais fechada, o que faz com que se distancie um pouco dos colegas.

#### •Resposta aos instrumentos

A seguir serão apresentados os resultados dos instrumentos objetivos aplicados (CDI e BAI), assim como a pontuação do AUQEI.

**Tabela 12.** Pontuação de Carla para o CDI, BAI e AUQEI

<b>Instrumento</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Classificação</b>
CDI	18	Presença de sintomas depressivos
BAI	07	Ansiedade mínima
AUQEI	41	Qualidade de vida prejudicada

Fonte: Autora.

### • **Compreensão Clínica**

As entrevistas com Carla passam a impressão de uma adolescente muito sozinha, embora compreenda os motivos de a mãe estar sempre fora, sente-se só, sem apoio da família e de amigos. A solidão foi um aspecto presente no CDI, ao considerar que se sente sozinha com frequência e que não tem muitos amigos. Os estudos de Tardivo et al. (2019a, 2019b) demonstram que o ambiente no qual os adolescentes que apresentam episódios autolesivo vivenciam, gera, entre outras coisas, a sensação de solidão, como descrita por Carla.

A adolescente relata nas sessões que não crê que os amigos se importem com ela ou que faça diferença no grupo de amigos e isso faz com que se afaste deles, pontuando na mesma escala que não gosta de estar com outras pessoas. A percepção de não ter muito amigos também vem das brigas nas quais se envolve na escola (responde no CDI que se envolve em brigas com frequência). Nesse instrumento, Carla também pontua que se sente culpada pelas coisas ruins que acontecem, percebe-se como uma pessoa má, tem dúvidas se algo de bom poderá acontecer a ela, tem medo do futuro e ainda pontua que não consegue se divertir na escola. Esses aspectos elevaram a pontuação da adolescente no CDI, passando um pouco da nota de corte, demonstrando presença de sintomas depressivos e podem justificar o fato de ela não querer voltar para as aulas presenciais, ameaçando se matar, caso isso ocorra. Após a aplicação da escala, Carla disse que foi difícil para ela responder ao instrumento, pois muitas vezes não sabe o que sente, “só vive”. Os sintomas depressivos apontados no instrumento corroboram com estudos anteriores, associando a depressão ao comportamento autolesivo (Giusti, 2013; Guerreiro e Sampaio, 2013; Ferreira et al., 2021; Plener et al., 2015; Luyckx et al., 2015; Nock et al., 2006; Tardivo et al., 2019a; Tardivo et al 2019b; Zetterqvist et al, 2020).

No BAI, a adolescente não apresentou pontuação que sintomas de ansiedade. Apenas dois aspectos que tiveram maiores pontuações: incapacidade de relaxar e nervosismo. A paciente relatou em alguns encontros a difícil tarefa que tinha de cuidar da avó e dos cachorros idosos e com limitações, além das tarefas da casa e da escola. Mesmo após o falecimento da avó e dos cachorros, a adolescente se queixava sobre o excesso de trabalhos da escola, diz que com as aulas síncronas a quantidade de tarefas aumentou, tinha muita coisa para entregar e não



conseguia se organizar para fazer tudo o que precisava. O nervosismo também apareceu nas falas da adolescente ao longo dos atendimentos nos momentos que falava do alcoolismo do pai. Ao conversar com a adolescente sobre a baixa pontuação no instrumento, ela diz que já havia procurado sobre sintomas de ansiedade no Google e não tinha se identificado com nada que encontrou.

Assim como nas adolescentes do grupo presencial, a relação de Carla com o pai foi a mais prejudicada no AUQEI, sendo o fator família o mais afetado. Carla sente um abandono afetivo dos pais, pois embora o pai viva no andar de cima, não tem condições de cuidar da filha devido ao vício em álcool e a mãe trabalha muito, não tendo tempo para ficar com a filha. Tardivo et al. (2019b) encontraram uma relação entre o abandono afetivo de um ou ambos os pais com a autolesão.

O AUQEI apresentou pontuação pouco abaixo da nota de corte, o que sugere qualidade de vida prejudicada. O fator lazer foi o que teve melhor desempenho, indicando capacidade de aproveitar os momentos prazerosos com a família, amigos e com ela mesma; entretanto, por meio das entrevistas, nota-se que esses momentos são escassos. Os fatores funções e a autonomia apresentaram a mesma pontuação, sendo os aspectos com maiores prejuízos os relacionados aos amigos e atividades escolares. Carla também respondeu que não gosta de si em fotos e, na semana seguinte à aplicação, disse que ficou preocupada em explicar o motivo da resposta: gosta de se ver nas fotos, mas fica preocupada com o que as outras pessoas vão pensar. As pontuações desses dois fatores transmitiram bom domínio da própria capacidade, na realização de tarefas do dia a dia e independência. Embora as pontuações de Carla não fossem tão graves, ainda assim demonstram angústias que a levou aos cortes e que precisaram ser trabalhadas em psicoterapia.

## **2) Stephanie, 13 anos**

Stephanie era acompanhada pela psicóloga e psiquiatra da UBS de sua região, mas, devido ao comportamento autolesivo, foi encaminhada ao CAPS I. Por não ter vagas na época, a instituição a direcionou ao projeto APOIAR on-line. Logo no início dos atendimentos, foi solicitado que a adolescente continuasse o tratamento com o psiquiatra da UBS, uma vez que o CAPS não a atenderia (no início dos atendimentos, a paciente estava há quase dois meses sem a medicação prescrita pelo psiquiatra: Sertralina, Risperidona e Prometazina. Voltou ao psiquiatra apenas na semana do último encontro psicodiagnóstico). As entrevistas com Stephanie eram sempre difíceis, assim como os encontros com o grupo, pois o sinal de internet

era ruim em seu quarto e, muitas vezes, a ligação falhava e não era possível compreender o que ela estava contando.

Na entrevista com a mãe e a adolescente, a responsável conta que a filha foi internada no final do ano anterior, depois de uma tentativa de suicídio. Stephanie tem quatro irmãos, mas não moram com ela. Na casa, vive apenas a paciente e a mãe, que deixou de trabalhar para cuidar da filha, precisando da ajuda dos outros filhos e do ex-marido. A separação dos pais foi por traição do pai e isto faz Stephanie dizer que ele “ferrou com a família”. A mãe tem um novo companheiro, que é presente na vida da família e com quem a adolescente diz ter um bom relacionamento, mas falou dele apenas quando perguntado.

Em entrevista apenas com Stephanie, ela fala sobre os cortes e conta que foi “estranho” quando começou o comportamento, mas tinha “crises fortes” (sintomas como: falta de ar e não conseguir dormir) e, por isso, cortava-se. O comportamento começou com beliscões no próprio corpo logo após a separação dos pais (há seis anos) e foram evoluindo para bater em si mesma, pequenos cortes, até chegar aos autocortes mais profundos e ideação suicida. Explica que no ano anterior “tudo piorou” (2020, ano em que começou a pandemia da COVID-19 e todos precisaram ficar em casa para evitar o contágio), passou a se cortar muito – cerca de duas vezes ao dia – até chegar à tentativa de suicídio descrita pela mãe.

Antes da quinta sessão, Stephanie disse que teve “uma crise ao pensar no pai”, depois que ele mandou uma mensagem avisando que havia feito o depósito da pensão alimentícia, e se cortou. Fazia algumas semanas que o comportamento não acontecia. Com o novo episódio, disse que estava com raiva de si, por não ter se controlado, e que decepcionou a mãe. Lembra que ela e o pai eram muito próximos quando era criança, mas se afastaram depois da separação dos pais. Ficou muito chateada que o pai não foi visitá-la quando ficou internada, dizendo que não sabia mais o que fazer com ela. Desde então, a relação entre os dois – que já não era boa – piorou por acreditar que ele não se importa com ela. Fazia alguns meses que não falava com o pai.

Stephanie conta que foi abusada sexualmente por seu cunhado dos sete aos doze anos. A família sabia em parte o ocorrido, mas não entenderam a gravidade da situação. Diz que o cunhado a ameaçava se contasse para alguém, mas a irmã viu a última vez que ele tentou violentá-la. Não contou para família o que de fato aconteceu, apenas que ele “dava em cima e passou a mão” nela. Conta que tinha medo de ninguém acreditar nela (como a irmã parece não ter acreditado, mesmo vendo), de acabar com a família da irmã e dos irmãos quererem se vingar.

Relata que não consegue dormir direito, fica a noite toda pensando no que aconteceu na infância dela (violência sexual e separação dos pais). Com o decorrer dos encontros, a paciente

disse que tinha “*flash backs*” das cenas do abuso e que isso a fazia sentir muito medo. Conta que quando mais nova se sentia culpada pela violência vivida, mas atualmente sabia que não era culpa dela.

A adolescente gosta muito de animes e fala muito sobre eles. Enviou uma lista de animes para que a psicóloga pudesse assistir e se inteirar dos assuntos.

#### •Resposta aos instrumentos

Os resultados do CDI, BAI e a pontuação do AUQEI estão apresentados a seguir.

**Tabela 13.** Pontuação de Stephanie para o CDI, BAI e AUQEI

<b>Instrumento</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Classificação</b>
CDI	23	Presença de sintomas depressivos
BAI	19	Ansiedade leve
AUQEI	41	Qualidade de vida prejudicada

Fonte: Autora.

#### •Compreensão Clínica

Ao longo das sessões, Stephanie passou a falar cada vez mais dos sintomas que sente, da relação conturbada com o pai e da violência sexual à qual foi exposta. Em todas as sessões, a paciente estava alegre, maquiada, falava sorrindo (mesmo que de algo ruim) e como se pensasse na forma de usar as palavras e gestos.

Todos os instrumentos aplicados demonstraram pontuações significativas e, ainda assim, a paciente ficou sem acompanhamento psiquiátrico por quatro meses, retomando os atendimentos com o médico apenas na última semana do processo psicodiagnóstico. O CDI identificou a presença de sintomas depressivos, devido à pontuação estar acima da nota de corte. Os sintomas mais pontuados estavam relacionados a: crer que poderá acontecer algo ruim a ela, dificuldades para dormir e cansaço, sentir-se sozinha e não ter certeza se é amada por alguém. Durante a aplicação do instrumento, a adolescente esclarece que não se sente boa o suficiente para ser amada. Após as respostas, Stephanie conta que em vários momentos retoma a vontade de tirar a própria vida, mas que tem conversado mais com a mãe sobre seus sentimentos e, por mais que a mãe fique triste em ouvir as questões da filha, tem tentado ser mais acolhedora. A adolescente já tentou suicídio no ano anterior, quando precisou ficar hospitalizada. Apesar de dizer que as conversas com a mãe amenizam a vontade de morrer, a autolesão precisou ser acompanhada com cautela, visando identificar se o comportamento se tornaria um fator de risco para o suicídio (Ferreira et al., 2021; Guerreiro e Sampaio, 2013) o que não aconteceu.

O inventário de ansiedade – BAI – apresentou sintomas leves de ansiedade e confirmou alguns aspectos apresentados no CDI, sendo eles, a saber: incapacidade de relaxar, o que pode levar à dificuldade de dormir e ao cansado pontuado na outra escala. No CDI esclarece que está sempre pensando no passado e esses pensamentos se intensificam na hora de dormir. Diferente do que foi discutido no caso de Máisa e Érica, Stephanie parece voltar às lembranças do passado, não na tentativa de elaborar o luto do papel e identidade infantil, mas em um movimento de ressignificar a violência que sofreu na tentativa de elaborar esse sofrimento. Ela também pontuou que tem medo de que aconteça o pior, assim como o medo de que algo ruim possa acontecer, respondido no CDI. Assim como as demais participantes do grupo presencial, Stephanie apresentou pontuação que indica presença de sintomas depressivos e ansiosos, o que é compreendido pelos autores como um fator frequente nos casos de adolescente que se autolesionam (Giusti, 2013; Guerreiro e Sampaio, 2013; Ferreira et al., 2021; Plener et al., 2015; Luyckx et al., 2015; Nock et al., 2006; Tardivo et al., 2019a; Tardivo et al., 2019b; Zetterqvist et al., 2020).

Assim como os demais instrumentos, o AUQEI também demonstrou desvantagem, com pontuação abaixo da nota de corte, indicando qualidade de vida prejudicada. O fator que apresentou menor pontuação foi família, principalmente no que diz respeito à figura paterna, quem a adolescente considera ausente e acredite que ele se importe menos com ela do que com os irmãos. Como apresentado com as demais participantes, a relação familiar é um fator importante para o desenvolvimento emocional e os graves conflitos que o adolescente pode experimentar por viver em um ambiente familiar hostil, com o abandono real ou afetivo de um dos pais, como sentido por Stephanie, não apenas prejudica a qualidade de vida, como é um fator significativo relacionado ao comportamento autolesivo (Yip, 2005; Hawton et al., 2012; Giusti, 2003; Silva & Botti, 2017; Guerreiro e Sampaio, 2013; Breen et al., 2013; Tang et al., 2021; Ferreira et al., 2021; Lim et al., 2019; Tardivo et al., 2019a, 2019b).

O fator lazer também apresentou pontuação baixa, principalmente na relação com os amigos e irmãos. Durante as entrevistas, a adolescente relatou que não é muito próxima dos irmãos por serem mais velhos do que ela e dificilmente falava algo de amigos durante os atendimentos. As melhores pontuações foram nos outros dois fatores: funções e autonomia. Ao contrário dos outros instrumentos, como se sente ao dormir, a adolescente respondeu “muito feliz”. As pontuações mais baixas em funções foram as relacionadas a ser medicada, hospitalizada e atividades escolares. Sobre o fator autonomia, Stephanie demonstrou bom domínio sobre a própria capacidade e autoavaliação.

### 3) Michele, 13 anos

A mãe de Michele a inscreveu no projeto APOIAR on-line, pois sente que a filha é ansiosa e desconta na comida. Há dois anos, a adolescente pediu para morar no Rio de Janeiro com uma amiga da mãe, mas não foi uma boa experiência. Segundo a mãe, a adolescente se sentia triste e sozinha e passou a se cortar devido ao jogo “Baleia azul”. A mãe de Michele conta que a separação entre ela e o pai da adolescente foi muito difícil, pois ele era agressivo e, por isso, ela tem medo de deixar a filha apenas com o pai.

A adolescente foi cuidada pela avó materna (assim como sua mãe) durante toda a infância. Segundo a mãe, a avó parecia querer competir com ela os cuidados, educação e atenção da menina. Com 10 anos (após a separação dos pais e mudança da avó paterna para o Norte do país), Michele pediu para morar com uma amiga da mãe no Rio de Janeiro. Durante a estadia da adolescente no Rio de Janeiro, ela começou a se sentir abandonada pela mãe, o que fez a responsável trazê-la novamente para São Paulo, sob seus cuidados. A mãe a descreve como uma criança meiga, adorável e dócil, mas “muito fechada” e, por isso, já passou por atendimento psicológico em uma clínica-escola.

Durante as entrevistas com a adolescente, ela conta um pouco de sua vida, diz que gosta de assistir a vídeos, animes e jogar no computador, no entanto diz que sua vida se resume em dormir e jogar. Diz que espera que o grupo possa ajudá-la a controlar suas emoções, pois tem muitos pensamentos negativos (fica triste com frequência, chora muito e não confia em si mesma quando está sozinha). Sobre esses pensamentos, conta que fica lembrando situações de violência física e psicológica que vivenciou quando morava no Rio de Janeiro e compreende que os cortes foram realizados no intuito de aliviar os sentimentos que tinha. Na época, a direção da escola convocou a mulher responsável pelos cuidados de Michele e orientou a procurar ajuda psicológica, mas conta que essa moça dizia que era frescura e que fazia para chamar a atenção. Conta que sua responsável na época dizia que ela foi abandonada pela mãe e, quando a mãe percebeu que tinha algo estranho acontecendo com a filha, foi buscá-la. A situação ocorreu por dois anos: dos 10 aos 12 anos de Michele. A adolescente diz que se lembra com frequência das violências que vivia, o quanto demorou para voltar a acreditar que a mãe a ama e considera que tem dificuldade de se relacionar com outras pessoas em decorrência do que viveu.

Com relação ao pai, diz apenas que não conversam muito e se distanciaram após a separação. A mãe se casou novamente e a adolescente tem uma boa relação com o padrasto.

Conta que quase não tem amigos e não divide suas angústias com os poucos que tem. Diz que prefere fingir que está tudo bem, mas tem horas que não consegue fingir, por exemplo durante as sessões, em que ficou em um quarto escuro, com a voz triste e, em alguns momentos,

parecia que estava chorando. Esclarece que não gosta de contar de suas angústias para outras pessoas, pois não quer que ninguém se preocupe com ela.

#### •Resposta aos instrumentos

Seguem, a seguir, os resultados dos instrumentos objetivos aplicados (CDI e BAI), assim como a pontuação do AUQEI.

**Tabela 14.** Pontuação de Michele para o CDI, BAI e AUQEI

<b>Instrumento</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Classificação</b>
CDI	37	Presença de sintomas depressivos
BAI	28	Ansiedade moderada
AUQEI	36	Qualidade de vida prejudicada

Fonte: Autora.

#### •Compreensão Clínica

Michele inicia os atendimentos com uma postura debochada, tentando demonstrar desinteresse pelo processo o qual estava submetida. No entanto, ao ficar sozinha na sessão, apresenta-se como uma menina sensível, triste, que não consegue confiar no mundo e com muitos conflitos, os quais não consegue enfrentar sozinha, mas tem medo de dividi-los com alguém, até mesmo com a psicóloga. A adolescente se apresenta como uma menina muito educada, simpática e dócil, mas um comportamento que aparenta esconder sua agressividade e angústias. A própria paciente confessa que tenta fingir estar tudo bem, mas nem sempre consegue e acaba se mostrando mais frágil, triste e com alguns comportamentos rudes com amigos, tendo relações mais superficiais que terminavam em brigas e discussões.

Todos os instrumentos trabalhados com Michele apresentaram pontuações significativas e assim como as demais participantes que apresentavam comportamento autolesivo, Michele também teve seus resultados indicativos para presença de sintomas de depressão e ansiedade. As respostas da adolescente ao CDI somaram 37 pontos, muito acima da nota de corte, o que indica gravidade nos sintomas depressivos. Neste instrumento, as questões mais pontuadas foram sobre o quanto se sente sozinha e não tem amigos, o que pode ter impactado na resposta sobre nunca se divertir na escola. A solidão, que também foi presente no CDI de outras participantes, foi um sentimento também encontrado nos participantes do estudo de Tardivo et al. (2019a, 2019b). Michele diz que não sabe tomar decisões, não gosta de sua aparência, crê que nada dará certo em sua vida e que seu nível não é tão bom quanto aos dos outros.

O inventário de ansiedade – BAI – apresentou indicativo de ansiedade moderada, retomando alguns aspectos assinalados no CDI. O sintoma assinalado com maior pontuação no BAI foi o medo de que aconteça o pior e, na escala de depressão, a paciente também pontuou o quanto tem medo de sentir dor e de que coisas ruins aconteçam a ela. A adolescente também coloca como pontuação máxima o medo de perder o controle, o que poderia estar associado a não conseguir manter a imagem tão agradável que tenta sustentar e quando diz nas entrevistas que não confia em si mesma. Outro ponto apresentado neste instrumento é a incapacidade de relaxar, associado ao cansaço respondido no CDI.

No mesmo sentido das escalas anteriores, o AUQEI também demonstrou prejuízo, com pontuação abaixo da nota de corte. Família foi o fator com pior desempenho, apresentando como infeliz a relação com o pai e estar longe da família. Este foi um fator discutido também nas outras adolescentes, pois os autores pesquisados relacionam as relações familiares conflituosas com o comportamento autolesivo. Michele tem pouco contato com o pai e gostaria de ter mais, sentindo-o distante. Hawton et al. (2012); Tardivo et al. (2019a, 2019b) apresentam em seus estudos que a ausência de um dos pais é uma situação presente nos adolescentes pesquisados. Associado a essa sensação de abandono pelo pai, os episódios de violência que vivenciou quando morou longe de sua família, a adolescente parece ter dificuldades para compreender que a violência psicológica realizada por sua cuidadora no Rio de Janeiro não condiz com a realidade e, dessa forma, não consegue confiar na família.

Autonomia também apresentou pontuação mais baixa, principalmente no que diz respeito à sua autoimagem e como avalia suas produções, corroborando as respostas do CDI. No entanto, pensar no futuro e ficar sozinha foram aspectos positivos para a paciente. Os fatores funções e lazer tiveram a mesma pontuação, melhores que os dois fatores anteriores. As questões relacionadas foram pontuadas como experiências positivas, ao contrário do que dizia durante as sessões, quando trazia que não gostava de ir à escola e nem de estudar. Quanto ao lazer, Michele responde que se sente feliz ao estar com os irmãos, mas a adolescente é filha única e, ao contrário, os aspectos positivos apresentados sobre a escola no fator funções, a hora do intervalo e as férias foram compreendidos pela adolescente como um momento infeliz.

De forma geral, as respostas de Michele nas escalas parecem demonstrar suas angústias, fraquezas e o quanto ela precisa de um espaço para ser acolhida, vista, compreendida e valorizada. Assim, as Oficinas Psicoterapêuticas foram consideradas uma técnica importante para a adolescente.

- **Demais participantes: Gabriela, Sabrina, Matheus e Renata**

#### **4) Gabriela, 14 anos**

Gabriela teve o primeiro contato com o projeto APOAR on-line com uma psicóloga que, após algumas sessões, compreendeu que seria importante encaminhá-la para seguir com o atendimento nas Oficinas Psicoterapêuticas. A mãe de Gabriela buscou atendimento no APOIAR on-line, pois há um ano a filha apresentou episódios de bulimia e compreende que a adolescente precise de um espaço em que possa trabalhar seus conflitos para que o transtorno alimentar não volte. A responsável pela adolescente também tem se preocupado porque a filha aparenta estar mais desanimada, ficando fechada no quarto por muito tempo. Conta que os pais trabalham fora de casa o dia todo e entende que a filha sente falta deles, o que faz com que tenha se afastado da família. A mãe faz tratamento para depressão e tem medo de que a filha possa sofrer do mesmo transtorno. Os pais brigam com frequência, mas não falam em separação e tentam não incluir a filha nas brigas.

Gabriela mora com os pais, mas os avós, tios e primos estão sempre presentes. Ela valoriza muito sua família, embora tenha algumas contradições políticas com um tio. Durante o primeiro contato com a mãe e a filha, as duas estavam muito próximas, sentadas em uma cama, abraçadas. A mãe descreve a filha como uma menina inteligente, prestativa, organizada com relação às questões escolares, o que reflete em seu bom desempenho acadêmico.

Foram realizadas duas entrevistas com a adolescente. Nestes encontros, Gabriela se mostrou muito tranquila, organizada, preocupada com sua saúde mental, física e com a família. Diz que, com a pandemia, quando começou a ter de estudar em casa, acordava em cima da hora da aula e ficava com muito sono, sem conseguir prestar atenção nas matérias e considera que isso estava lhe fazendo mal, então começou a acordar bem cedo, para fazer medicação e ver o Sol nascer.

Fala que não tem muitos amigos “na escola nova”, mesmo estando lá há três anos. Conversa ainda com alguns amigos do antigo colégio, mas muitos acabaram se distanciando pela falta de contato, o que a deixa triste. Ainda sobre a escola, preocupa-se em como será o Ensino Médio (E.M.), pois deverá estudar no próximo ano: sente que não está preparada para cursá-lo, tem medo de não ter nenhum amigo antigo na mesma escola e fica com muitas expectativas, pois depois do E.M. terá a faculdade e não sabe ainda o que cursar. Também tinha dúvidas se cursaria o E.M. tradicional ou faria curso técnico (ETEC). Acabou decidindo fazer ETEC.



### **5) Sabrina, 13 anos**

Sabrina foi atendida inicialmente por outra psicóloga do projeto APOIAR que compreendeu que seria importante para a adolescente um espaço em que ela pudesse compartilhar com outros adolescentes. Ao ser encaminhada para o grupo, foram realizadas duas sessões com a adolescente.

A mãe da adolescente conta da dificuldade que ela e os filhos têm na comunicação com o pai de Sabrina. Os pais de Sabrina são divorciados há alguns anos e, no início dos atendimentos, a família morava no sítio dos avós maternos. A adolescente confirma o quanto é complicada a relação com o pai, que é muito rígido em seus costumes, valores e crenças, o que gera muitas discussões entre pai e filha. A responsável pela adolescente procurou atendimento para a filha, visando a um espaço que possa trabalhar seus conflitos com relação ao pai, pois estava preocupada com a forma que a filha vinha respondendo à dificuldade de relação com ele: “grossa”, sem paciência e não queria mais visitá-lo.

Conta que a família (mãe, Sabrina e o irmão de 10 anos) estão passando por mudanças na vida e, associado à pandemia, compreende que é importante a filha ter seu próprio espaço para trabalhar seus conflitos e angústias. A adolescente conta nas sessões que tem uma boa relação com a mãe, com quem consegue conversar sobre vários assuntos, mesmo que tenham opiniões diferentes. A mãe demonstra ser acolhedora, preocupada com os filhos e aberta ao diálogo com eles. Ela descreve a filha como muito caprichosa, dedicada, responsável com suas obrigações e com bom desempenho escolar.

Sabrina tem um irmão mais novo, mas diz que não tem uma relação muito amistosa com ele, pois “ele é muito chato”. A cada quinze dias, eles vão para a casa do pai e da atual esposa, mas não gostam muito, embora não reclamem. Quando não vão para a casa do pai, a família vai para o litoral, visitar o atual companheiro da mãe. No início da pandemia (começo de 2020), mãe e os dois filhos moraram por um tempo no litoral, com o atual namorado da mãe, mas ela diz que o companheiro tem diagnóstico de bipolaridade e, em alguns momentos, a convivência ficava difícil, por isso, a mãe optou em voltar para São Paulo. A adolescente gosta do padrasto, conseguem conversar e passeiam nos parques da cidade.

Sabrina é muito criativa, apaixonada por leitura e faz questão de mandar uma foto da estante de livros dela para a psicóloga. Passa boa parte dos encontros contando dos livros que leu, mostra cada um deles, conta quais mais gosta e os que estão em sua lista para comprar e ler futuramente.

### **6) Matheus, 12 anos**

O pai de Matheus o escreveu no projeto APOIAR on-line, pois considera o filho muito ansioso (relata sintomas de falta de ar, choro frequente, não quer sair de casa, sente-se sozinho, puxa a cutícula dos dedos das mãos e dos pés e já chegou a se bater ao não conseguir fazer uma tarefa da escola). Segundo a família, a mãe trabalha muito e o pai fica com o cuidado dos filhos. O adolescente, inicialmente foi atendido por outra psicóloga do projeto que o encaminhou para os atendimentos em grupo. A primeira sessão foi realizada com Matheus e seus pais após algumas faltas consecutivas. Devido às faltas só foi possível realizar um único encontro breve antes do início das sessões com o grupo.

O adolescente relata que sente que chora com mais facilidade e está “mais nervoso e com as emoções à flor da pele” após o início da pandemia da Covid-19. Antes do isolamento social, gostava de estar com os amigos, praticar esportes na escola, ir à igreja, mas para evitar o contágio, ficou muito tempo sem sair de casa e ainda tinha medo de sair de casa, o que fazia muito pouco: apenas para ir à escola, à igreja e passear com o cachorro. Reclama que tem muitas tarefas da escola para fazer, o que o deixa irritado e sem tempo para outras atividades.

### **7) Renata, 15 anos**

Renata chegou ao projeto APOIAR on-line encaminhada por uma psicóloga que a atendeu em um programa do governo <sup>9</sup>(Autoestima), no qual a autora desta tese era supervisora. A mãe da paciente entrou em contato com a psicóloga-pesquisadora poucos dias antes do início dos atendimentos com o grupo, dessa forma, só foi possível realizar um encontro com Renata.

A adolescente procurou o programa Autoestima devido a conflitos relacionados à própria adolescência. O pai da paciente fazia faculdade de psicologia e orientou que ela procurasse acompanhamento psicológico, para ter um espaço em que pudesse falar de suas angústias.

Renata é filha única e mora com seus pais em uma cidade do interior de São Paulo. Segundo a responsável, Renata é uma adolescente muito inteligente, engajada nas atividades da escola, tira boas notas e conversa muito com a mãe sobre como está se sentindo. Com a pandemia, tem se sentido um pouco mais triste e quieta e acredita ser por não poder ver os amigos com tanta frequência. A responsável também conta que a relação com o pai é mais conturbada, pois os dois “tem o gênio forte” e acabam se confrontando em alguns assuntos.

---

<sup>9</sup> O programa autoestima é resultado de uma parceria entre o Instituto de Psicologia da USP e a Secretaria da Saúde do Estado, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que oferece cursos e atendimentos on line a usuários

Na entrevista com a adolescente, ela diz que acha importante ir ao psicólogo, por ser um espaço que poderia se expressar e pensar e, por isso, pediu aos pais para inscrevê-la no programa. Conta que tem pequenos conflitos com os pais, principalmente com o pai e que pioraram um pouco durante a pandemia, mas que não era nada grave e, com a volta da rotina, a relação entre eles estava se normalizando.

A adolescente é representante de sala, diz ter muitas obrigações por isso e que os professores cobram muito dela. Tem muitos amigos, conta de algumas decepções com os amigos, mas diz que “foi bom para aprender”, e fala com nostalgia das coisas que gostava de fazer com as amigas antes da pandemia. Ao ser explicado sobre o atendimento em grupo, Renata ficou animada com a possibilidade de conhecer novas pessoas, de outros lugares e por ser uma experiência nova.

#### 4.2.2. Etapa II – Oficinas Psicoterapêuticas

Neste tópico, seguem a análise do Desenho Estória com Tema e a compreensão clínica da dinâmica dos participantes ao longo dos 12 encontros. No APÊNDICE C, encontram-se os relatos das Oficinas Psicoterapêuticas realizadas com os adolescentes assim como as produções dos D-E com Tema.

Os encontros foram fechados desde seu início, ou seja, nenhum participante ingressou nas Oficinas Psicoterapêuticas remotas após seu início. O grupo contou com sete integrantes, destes três apresentavam comportamento autolesivo (conforme apresentado no tópico anterior) e quatro adolescentes sem queixa de autolesão. A frequência dos participantes em cada encontro das Oficinas Psicoterapêuticas remotas está apresentada na Tabela 15 e, na Tabela 16, os temas discutidos em cada encontro.

**Tabela 15.** Presença dos participantes por encontro nas Oficinas Psicoterapêuticas Remotas

	Carla	Stephanie	Michele	Renata	Sabrina	Matheus	Gabriela
Sessão 1	X	X	X	X	X	X	X
Sessão 2	X	X		X	X	X	X
Sessão 3	X	X	X			X	
Sessão 4	X	X	X		X	X	
Sessão 5	X	X	X	X	X	X	X
Sessão 6	X		X	X	X	X	X
Sessão 7	X	X	X		X		X

Sessão 8	X	X	X	X	X	X	X
Sessão 9	X				X		X
Sessão 10	X	X		X	X	X	X
Sessão 11	X	X		X		X	X
Sessão 12	X			X	X		X

Fonte: Autora.

**Tabela 16.** Tema discutido em cada sessão das Oficinas Psicoterapêuticas Remotas

	<b>Tema principal discutido no encontro</b>
Sessão 1	Aplicação do Desenho-Estória com Tema com a temática “Desenhe um adolescente em São Paulo hoje”.
Sessão 2	Pessoa/personagem com os quais se identificam
Sessão 3	Fugir não elimina os problemas
Sessão 4	Livros, filmes e músicas
Sessão 5	Um bilhete para o futuro
Sessão 6	<i>Carpe Dien</i>
Sessão 7	Objeto que represente a fase em que estão vivendo
Sessão 8	Pessoa/personagem importante para mim
Sessão 9	Questões sobre autoconhecimento
Sessão 10	Semana do orgulho LGBTQIA+
Sessão 11	Formas de enfrentar os conflitos e angústias
Sessão 12	Encerramento dos encontros

Fonte: Autora.

- **Compreensão clínica dos encontros das Oficinas Psicoterapêuticas remotos**

### **1. As representações sociais por meio dos Desenhos Estória com Tema**

O Desenho Estória com Tema foi solicitado no primeiro encontro com o grupo (os desenhos deste encontro estão localizados no APÊNDICE C). Para isso, foi dada a instrução para que cada um desenhasse “um adolescente em sua cidade hoje” e, em seguida, enviasse à psicóloga a produção gráfica e uma história sobre ela. É possível identificar que todos falam sobre a adolescência em suas histórias, cumprindo com a solicitação passada. A maior parte dos desenhos são figuras humanas, sem características sexuais secundárias, o que sugere uma imagem mais jovem.

De forma geral, as produções demonstram angústias vividas pelos adolescentes por não serem compreendidos em seu processo de busca pela identidade. Chama a atenção nas produções o fato de não serem aceitos em nenhum âmbito: nem na família, na escola e tampouco na sociedade. Os desenhos parecerem sofrer uma pressão, por exemplo pelo sombreado na produção de Gabriela e Sabrina, nos riscos e nas imagens em volta da figura humana pequena realizada por Carla e na figura maior do desenho de Stephanie, que parece se impor sobre a figura menor. Outro aspecto observado é o quanto as figuras parecem apáticas, exceto a figura humana de Carla que está sorrindo e a de Gabriela que parece assustada.

Tanto nos desenhos quanto nas histórias é possível identificar um ambiente hostil, que leva a uma pressão social para que se adaptem a esse ambiente. Relatam que sentem que precisam se encaixar em um padrão, como se não tivessem permissão para “desabrocharem” e terem seus próprios gostos, ideais e interesses, sentindo que precisam mudar para se moldarem ao desejo do outro.

Os principais temas apresentados nas produções foram a pressão do ambiente, julgamento social e a formação da identidade. Essa situação faz com que o adolescente sinta que precise se adaptar para ser aceito em seu meio social, pois sem isso são vistos como os “aborrecentes”. Assim, as produções apresentam a adolescência como uma fase em que são julgados por seus comportamentos e ideais, cobrados para entrarem em um padrão, mesmo que para isso precisem negar seus princípios (Aberastury, 1983). Esse movimento faz com que sintam que estão renunciando seu processo de construção de identidade, gerando conflitos e a uma confusão de papéis (Erikson, 1968/1976).

Stephanie realizou sua produção com um tema diferente dos demais, abordando o assunto de álcool e drogas durante a adolescência. Embora não elabore muito sua história, a imagem parece remeter a uma pessoa mais velha induzindo o mais novo a usar drogas.

Assim como no grupo presencial, falta aspectos positivos nas produções. Apenas Renata apresentou características mais benéficas, representando a busca pela independência e pela identidade, sem medo de assumir seu papel diante da sociedade.

## **2. Discussão dos temas trabalhados durante as Oficinas Psicoterapêuticas remotas**

A Tabela 16 apresentou os temas centrais discutidos pelos adolescentes ao longo dos 12 encontros das Oficinas Psicoterapêuticas. Com base nesses temas, muitos outros foram trabalhados ao longo das sessões e repetidos durante os atendimentos. Diferente do que foi trabalhado nos encontros presenciais, as sessões remotas iniciavam com uma breve conversa sobre qual seria o tópico central do dia, com isso os participantes procuravam e apresentavam

ao grupo alguma associação e, com base nessas associações, eram levantadas as discussões. Essa mudança foi necessária, pois na segunda sessão (em que foi solicitado um desenho livre aos adolescentes) as produções apresentaram assuntos diversos e desconectados, como se precisassem de um contorno maior. Esse fato parece demonstrar que, nos encontros on-line em grupos, os participantes precisam de um tempo maior para conseguirem se vincular e criar uma identidade do grupo (Weinberg, 2020) escreve que é um desafio criar um ambiente acolhedor ao conduzir um grupo on-line). Assim, foi sentida a necessidade de que os encontros realizados no formato on-line fossem um pouco mais estruturados e que permitisse explorar os diferentes recursos possíveis tanto do ambiente virtual como da própria casa.

Na primeira sessão, foi realizado o procedimento de Desenho-Estória com Tema e as produções foram organizadas e apresentadas aos adolescentes. Os temas discutidos neste encontro, assim como no grupo presencial, refletiram na maior parte dos encontros seguintes. Assim como apresentado no tópico sobre a análise da técnica, os adolescentes demonstraram tanto aspectos saudáveis da adolescência (busca pela identidade e independência) como conflitos que geram angústias, principalmente relacionados às questões sociais. Os adolescentes falaram neste encontro sobre o quanto se sentem julgados pela sociedade, como se o mundo exercesse uma pressão sobre eles e, para conseguir atender ao ambiente, precisassem mudar seu jeito e, assim, agradar ao outro.

Assim como encontrado nas produções do D-E com Tema, o julgamento que sentem vindo do ambiente foi presente também no segundo, quarto, oitavo e décimo encontro, levando à discussão de ter de negar seus princípios para se adequar ao desejo do outro (como apresentado nas sessões três e dez) sentindo-se culpados pelas coisas que acontecem, carregando uma culpa que corresponde ao outro e ser cobrado pelos desejos do outro, demonstrado no quarto encontro.

Ainda como consequência desse ambiente hostil, no terceiro encontro surge o tema de fugir dos problemas, mas nessa mesma sessão, os próprios adolescentes levantam a discussão que fugir não resolveria o problema, uma vez que é uma questão social e acreditam que o mundo ideal seria aquele com pessoas mais respeitadas, tolerantes, sem violência e com menos preconceitos e, na sessão dez, acrescentam o respeito ao outro. Em outras sessões, os adolescentes colocam a música e os livros também como uma forma de fugir da realidade, fazendo uso do Espaço Potencial, usufruindo do repouso proporcionado por essa área (Winnicott, 1967/1975c). Esse ponto também foi presente no sexto encontro, quando falam sobre a música como uma forma de se tranquilizar e, na sessão nove, ao escolherem os livros, música e desenhos como atividades prazerosas.

Na sessão cinco, Carla apresenta a importância dos objetos bons internalizados ao levantar a diferença entre estar sozinha fisicamente e estar sozinho “emocionalmente”. A adolescente entra nesse assunto demonstrando quando só é possível estar só fisicamente, quando se tem alguém, assim como apresentado por Winnicott (2007a/1958) ao escrever sobre a capacidade de estar só. Ainda neste encontro, foi discutido sobre “dependência emocional” e a importância de estar com alguém por apreciar a companhia, e não por dependência.

Retomando a segunda sessão, os adolescentes falam sobre a busca pela identidade, “poder ser você mesmo”, poder viver de forma espontânea, sem ter de se adaptar a essa sociedade opressora e, para isso, muitas vezes precisa tentar mudar a opinião que o outro tem sobre eles. Exploram esse tema em algumas sessões, principalmente após o sexto encontro, quando optaram por temas que não tratasse de conflitos, mas dando foco para coisas que gostam e pessoas ou personagens importantes para eles.

No sétimo encontro, ao apresentarem algo que representasse a fase em que estão vivendo, as adolescentes apresentam também características de seu Eu real e Eu ideal. Carla fala de um seriado, cujo protagonista tem uma relação conflituosa com o pai ausente, assim como ela sente seu próprio pai, e apresenta o personagem como inseguro, da mesma forma que fala sobre si em alguns encontros presenciais. Já Stephanie apresenta um personagem que diz ser espontâneo e que admira essa característica dele. Na sessão oito, os adolescentes também falaram de pessoas ou figuras que são importantes para eles, demonstrando características que gostariam de ter: trazem personagens determinados, que acreditam em seu potencial, outros que “tem uma vida leve”, espontâneos e sem medo de se expressarem e se mostrarem de forma verdadeira. Neste encontro, também trouxeram pessoas próximas como figuras importantes, com quem podem compartilhar a vida: Sabrina mostra uma foto da mãe e Michele fala dos amigos.

A nona sessão foi bem diferente das demais, pois as adolescentes optaram por responder a algumas perguntas de um questionário de um site, que propunha poder pensar sobre si. Elas se divertiram pensando no que gostam ou não, o que as deixa feliz e triste, suas qualidades e pontos fracos. Falam sobre o quanto é importante o ambiente ser prazeroso para que possam estar felizes, mas que promessas e injustiças a deixam tristes.

Como pode ser observado, apesar de os adolescentes apresentarem com frequência o tema das pressões e julgamentos sociais, de sentirem que precisam se moldar a esse ambiente para ser aceito, em muitas sessões falam também de seus ideais, interesses e características. Em algumas sessões falam sobre formas de enfrentar seus conflitos: falam sobre pensar mais em si na sessão três, permitir-se mudar na sessão quatro, ter uma vida mais leve, focar no presente e não ter medo de se posicionar na sessão oito, e sobre o respeito na sessão dez. O décimo

primeiro encontro foi destinado a essa discussão e nele discutem também sobre poder conhecer seus valores, limites, sua própria identidade, mas compreendem que esse é um processo longo e de aprendizado.

Por fim, no último encontro, as adolescentes que participaram optaram por fazer da sessão algo lúdico, em que pudessem explorar sua criatividade e gesto espontâneo. Embora não tenham conversado muito, brincaram, divertiram-se e foram criativas para conseguir resolver as dificuldades do jogo, demonstrando a confiança no espaço proporcionado pelas Oficinas Psicoterapêuticas que permitiu com que entrassem em contato com o Espaço Potencial, favorecendo a recuperação do movimento criativo e expressão espontânea das adolescentes (Winnicott, 1967/1975c). Ao final, falam sobre o grupo ter sido um espaço proveitoso, diferente do que pensaram e interessante poder ter pessoas de outros lugares do estado.

Embora os encontros fossem produtivos, algumas questões surgiram que interferiam em seu processo. O fator que mais se destaca é com relação à conexão que dificultava a comunicação ou o não comparecimento na sessão. Outro ponto interessante foram as câmeras e microfones que ficavam desligados e os adolescentes só ligavam quando queriam falar algo. Esse aspecto pode ser considerado uma forma de os pacientes se colocarem de forma mais autônoma nas sessões e se sentirem protegidos das ameaças dos sentimentos transferenciais, utilizando a barreira do computador e o controle de sua imagem, conforme apresentado por Weinberg (2020). Por fim, em algumas sessões, os adolescentes estavam fazendo outras atividades, como lição da escola, jantando, cozinhando ou jogando, mas ainda assim reconheceram a importância do processo e estavam presentes.

#### **4.2.3. Etapa III – Devolutiva do processo: entrevistas finais e reaplicação dos instrumentos**

A entrevista devolutiva ocorreu nas semanas seguintes ao término do encontro das Oficinas Psicoterapêuticas. Nesta última etapa, as escalas CDI, BAI e AUQEI foram reaplicadas com as três adolescentes que apresentaram comportamento autolesivo. Após a sessão com as adolescentes, a psicóloga entrou em contato com as responsáveis pelas participantes para conversar sobre o processo psicoterapêutico realizado, a percepção da mãe sobre a evolução de sua filha e realizar os encaminhamentos devidos. As sínteses do encontro com as três adolescentes participantes, os resultados dos instrumentos e o encontro com suas responsáveis estão apresentados a seguir.



### **1) Carla, 15 anos**

A adolescente estava um pouco triste e começa falando que seu pai ainda estava fazendo muito uso de álcool e o quanto essa situação a deixa triste, sem saber o que fazer. Conta que sabe que ele está doente, mas fica irritada por ele não buscar ajuda e tem tentado ser mais compreensiva e não brigar com ele, pois está preocupada com seu quadro de saúde. Fala também que voltou a assistir às aulas presencialmente, mas que não queria.

Ao ser retomado o motivo do encontro, Carla diz que gostou de participar do grupo, mesmo que ficasse em silêncio em alguns momentos. Quando isso acontecia, afirmou que estava ouvindo o que os demais participantes estavam falando. É apresentado para Carla o quanto ela era importante para o grupo, pois muitas vezes as demais participantes a citavam para falar de alguma questão e que Stephanie até usou a ideia dela de fazer a parede de Post-it. Carla fica feliz ao ouvir.

A adolescente diz que pensava que seria diferente os encontros e que gostou da proposta. Considera que foi importante para ela poder conversar sobre diversos assuntos e com pessoas que não conhecia, pois a ajudou conhecer o ponto de vista dos demais participantes e pensar nos seus próprios para valorizá-los, ou mudá-los. No entanto, retoma suas angústias com relação ao pai e diz que nem todos os assuntos poderiam ser ditos no grupo.

As escalas foram reaplicadas e a paciente se mostrou atenta para responder a cada pergunta, assim como na primeira aplicação. Ao ser mostrada a diminuição das pontuações, ela fica feliz, diz que se sente melhor e que o grupo a ajudou, embora não saiba verbalizar em como ajudou.

Após o contato com a adolescente, a psicóloga falou com a mãe de Carla, que retomou o quanto sua rotina é cansativa e, muitas vezes, ao chegar em casa, a filha quer fazer alguma coisa com ela, mas está cansada e, se forem assistir a algo, juntas, ela dorme. A mãe conta que a filha está menos agressiva com o pai e que, na época dessa entrevista, ele estava internado com sequelas do alcoolismo. Fala que a adolescente ainda não queria voltar às aulas presenciais e dizia que o pai a entenderia, se estivesse bom. A responsável conta que após algumas conversas com a filha, ela aceitou voltar para a escola. Conta que a adolescente tem saído e conversado com as amigas, mas apenas fora do ambiente escolar.

#### **• Respostas aos instrumentos**

A seguir, estão apresentadas as pontuações de Carla, considerando as respostas na primeira e segunda aplicações dos instrumentos (Tabela 17). Também segue a relação das pontuações

dos fatores avaliados pelo AUQEI nas aplicações no processo Psicodiagnóstico Compreensivo e entrevista devolutiva (Tabela18).

**Tabela 17.** Pontuação de Carla: 1ª e 2ª aplicações

<b>Instrumento</b>	<b>Aplicação I</b>	<b>Aplicação II</b>
CDI	18	12
BAI	7	1
AUQEI	41	37

Fonte: Autora.

**Tabela 18.** Fatores AUQEI: 1ª e 2ª aplicações de Carla

<b>Fator</b>	<b>1ª Aplicação</b>	<b>2ª Aplicação</b>
Autonomia	11	10
Lazer	14	12
Funções	11	9
Família	5	6

Fonte: Autora.

A reaplicação das escalas do CDI e BAI apresentaram menor pontuação quando comparados à primeira aplicação, o que sugeriu diminuição dos sintomas. Já o AUQEI, na contramão dos outros dois instrumentos, apresentou maior prejuízo na qualidade de vida na segunda aplicação.

Embora o BAI já tivesse apresentado poucos sintomas e pontuado como ansiedade mínima durante a primeira etapa da pesquisa, a pontuação diminuiu ainda mais após os encontros com o grupo, restando apenas o leve medo de que aconteça o pior, aspecto não pontuado na primeira aplicação. Com relação ao CDI, na primeira aplicação, a adolescente estava acima da nota de corte, indicando presença de sintomas depressivos e, no reteste, Carla obteve apenas 12 pontos, ou seja, abaixo da nota de corte para presença de sintomas depressivos. Neste instrumento, a menor parte apresentou a mesma resposta em ambas as aplicações e melhor pontuação nas questões: como se sente ao dormir à noite, vontade de chorar, sentir-se sozinha, fazer o que mandam, entre outras.

Por outro lado, o AUQEI identificou maior prejuízo na qualidade de vida, quando comparado à primeira aplicação. Funções apresentou diferença entre as respostas; no entanto, apenas na questão sobre como se sente quando precisa ser hospitalizada, que passou de “feliz” para “muito infeliz”. O fator autonomia, embora tenha diminuído a pontuação na segunda aplicação, apresentou se sentir melhor quando está sozinha, assim como no CDI. Estar só foi um tema discutido em alguns encontros, com grande participação de Carla que chegou a

diferenciar “estar sozinho fisicamente” de “estar sozinho mentalmente”. A diferença da pontuação pode sugerir que Carla conseguiu evoluir em sua capacidade de estar só (Winnicott, 2007a/1958). Por fim, a relação com a família apresentou alguma melhora na qualidade. Durante a entrevista devolutiva, Carla pontuou que tem tentado ser mais tolerante com o pai e conversar mais com a mãe.

A diminuição das escalas está relacionada à determinação de Carla em seu processo terapêutico: a adolescente nunca faltou às sessões individuais, tampouco aos encontros em grupo e, por mais que ficasse mais em silêncio em alguns encontros, sempre dizia algo importante e que demonstrava que estava atenta ao que estava sendo discutido. A adolescente também contou que não se cortou mais e nem tem vontade. Fala que quer fazer uma tatuagem no lugar das marcas dos cortes e que se sente “uma idiota” de ter se autolesionado. Apesar da diminuição dos sintomas, Carla ainda apresenta sofrimentos, principalmente na relação com sua figura paterna e insegurança com os amigos, assim, foi encaminhada para dar continuidade à psicoterapia no projeto APOIAR on-line.

## **2) Stephanie, 13 anos**

Alguns dias antes da entrevista devolutiva, Stephanie contou que seu cunhado, autor da violência, estava hospitalizado devido a um problema cardíaco e, no dia do último encontro, falou que ele faleceu. Estava se sentindo aliviada, pois tinha muito medo de ele repetir a violência com as sobrinhas, mas se questionava se era certo ela se sentir bem pela morte dele. Disse não estar se sentindo bem, com “crises de ansiedade”, pois os “*flash backs*” da violência sexual ainda apareciam com muita frequência.

Conta que estava frequentando as aulas presencialmente, mas tem medo de ir, por ter “uma voz” que diz que algo ruim vai acontecer se ela for para a escola. Apesar disso, tem conseguido frequentar as aulas, fazer as lições, estudar, estava conversando mais com alguns amigos e resgatando algumas antigas amizades. Fala também que começou a fazer seu TCA (trabalho colaborativo autoral), que pensou em falar sobre transtorno de ansiedade ou depressão. Aproveitou para perguntar um pouco mais sobre o trabalho do psicólogo e psiquiatra. Contou que, em uma aula sobre esse trabalho, a professora disse que psicólogos e psiquiatras também perdem os pacientes (por suicídio) e isso a deixou muito abalada, então pergunta se isso era verdade e como o profissional reage quando isso acontece.

Após essa conversa inicial, foram aplicadas as três escalas da primeira etapa da pesquisa. Encerrada a aplicação, foi conversado com a adolescente sobre o aumento significativo das

pontuações e ela repete que “as crises de ansiedade e os *flashes backs*” voltaram. Apesar das “crises”, a adolescente afirmou que não se cortava há três meses.

Em seguida à conversa com a adolescente, a psicóloga entrou em contato com a mãe. A responsável por Stephanie diz que a adolescente está mais comunicativa e elas têm conversado mais, participado com mais frequência da vida uma da outra. Conta que a filha vai sozinha para a escola e que não precisou mais ir buscá-la no meio da aula, por ela ter “passado mal”. Diz que não viu mais cortes no corpo da filha e que o psiquiatra está com suspeita que a menina tenha transtorno borderline, mas que ainda está avaliando.

### • Respostas aos instrumentos

Nas tabelas a seguir estão apresentadas as pontuações de Stephanie, comparando suas respostas na primeira e segunda aplicações dos instrumentos (Tabela 19) e a relação das pontuações dos fatores avaliados pelo AUQEI em ambas as aplicações (Tabela 20).

**Tabela 19.** Pontuação de Stephanie: 1ª e 2ª aplicações

<b>Instrumento</b>	<b>Aplicação I</b>	<b>Aplicação II</b>
CDI	23	37
BAI	19	45
AUQEI	41	34

Fonte: Autora.

**Tabela 20.** Fatores AUQEI: 1ª e 2ª aplicações de Stephanie

<b>Fator</b>	<b>1ª Aplicação</b>	<b>2ª Aplicação</b>
Autonomia	11	12
Lazer	9	10
Funções	13	5
Família	8	7

Fonte: Autora.

A reaplicação de todos os instrumentos apresentou piora significativa nas pontuações, quando comparada à primeira aplicação, durante o processo psicodiagnóstico. O CDI aumentou de 23 para 37 pontos, mantendo-se acima da nota de corte e demonstrando aumento dos sintomas depressivos. As respostas com maior pontuação nesta escala foram, a saber: crença de que tudo dará errado, culpa, não gostar de estar com outras pessoas, nem da aparência, não ter amigos, ter pior desempenho em matérias que costumava se sair bem e não se considerar tão bom quando os outros. A única questão em que houve melhora na pontuação foi com relação a se sentir amada por alguém. Ao ser conversado com a adolescente sobre o aumento das

pontuações, ela se diz surpresa com duas respostas da primeira aplicação: gostar de estar com outras pessoas e ter muitos amigos. Fala que não sabe o motivo de ter dado essas respostas antes, pois nunca se sentiu assim e conclui que deve “ter respondido errado na primeira vez”. Sobre as outras questões que também apresentaram aumento da pontuação, a adolescente faz uma expressão triste e não responde nada.

O inventário BAI foi o que mais apresentou piora do quadro, passando de 19 pontos (ansiedade leve) para 45 pontos (sintomas graves de ansiedade). A maior parte dos sintomas assinalados na primeira aplicação como “absolutamente não” ou “levemente”, no reteste foram considerados como “gravemente” pela adolescente.

Quanto ao AUQEI, também houve piora da pontuação, mantendo-se abaixo da nota de corte, o que indica prejuízo na qualidade de vida. Ainda assim, o fator autonomia apresentou sutil melhora no que diz respeito a sua autoavaliação e relação com os amigos. O fator lazer também apresentou tênue aumento na pontuação, sugerindo melhora na qualidade de vida neste sentido. O fator funções apresentou o maior prejuízo, sendo os itens que tiveram menores pontuação, comparados à primeira aplicação: como se sente ao deitar-se e dormir, quando precisa tomar remédios, ao precisar ser hospitalizada e fazer as tarefas de casa. Em conversa após a aplicação da escala, Stephanie ri e explica que tem muitas lições da escola e que não gosta de fazê-las. Nesta entrevista, retoma que sente dificuldades para dormir por ficar lembrando de seu passado, principalmente da violência sexual a qual foi vítima, e acrescenta que não gosta de tomar remédios ou ir ao hospital. O fator família apresentou uma pequena diminuição na pontuação; no entanto, apenas na questão sobre estar com a família durante à mesa.

As sessões com Stephanie trazem a impressão de que a adolescente pensa muito para falar e diz o que acha que a psicóloga quer ouvir. Não aprofunda muito em nenhum assunto, dando ênfase em seus sintomas e, em diferentes situações, tentou entrar em contato com a psicóloga, por meio de aplicativo de conversa, para relatar “que não estava se sentindo bem”. O comportamento da paciente, associado à piora nas respostas em todas as escalas levam a hipótese de que a adolescente precisa dos sintomas para se sentir cuidada, amparada e, sem sintomas, seria abandonada, por exemplo pela psicóloga que estava encerrando os atendimentos. O aumento extremo na segunda aplicação, mesmo sendo acompanhada no grupo, em algumas sessões individuais quando entrava em contato com a psicóloga e com o psiquiatra demonstram o quanto Stephanie precisa de cuidado, atenção e ajuda. Assim, ela continuou em psicoterapia individual no projeto APOIAR on-line.

### 3) Michele, 13 anos

A adolescente desistiu da participação nas Oficinas Psicoterapêuticas no dia do décimo encontro. A mãe da adolescente mandou uma mensagem para a psicóloga, dizendo que a filha não queria mais participar, pois não estava se sentindo bem. Em conversa com a adolescente, ela diz que o grupo “é legal” e que o problema era ela, por se considerar “antissocial” e não conseguir falar muito nos encontros. Foi conversado com Michele sobre a importância dela no grupo e que os colegas perguntaram por ela na semana anterior. Ela se demonstra feliz ao saber que fez falta e diz que tentaria comparecer na sessão, o que não aconteceu, justificando que estava no trabalho do tio e não teve como entrar, diz que tentaria participar nas semanas seguintes, mas também não compareceu.

No dia da entrevista devolutiva, a adolescente reafirma que não compareceu ao décimo encontro por estar no trabalho do tio, mas que durante a semana pensou e achou melhor não participar mais do grupo, por ser “antissocial”. Repete que o grupo era legal, mas como ela não fala muito, achou melhor parar.

Ao ser perguntado se o grupo a ajudou de alguma forma, ela responde que não sabe, mas que acha que não, pois é “antissocial”. A psicóloga pergunta como ela estava se sentindo nos últimos dias, principalmente com relação às queixas que ela apresentou no começo dos atendimentos. A adolescente responde que antes considerava que ela era um problema para todos, mas que agora sabe que não é e tem conversado mais com outras pessoas, por exemplo com a avó e alguns amigos. Conta que estava namorando, mas que a mãe ainda não sabia, apenas a avó e elas estavam pensando em como contar para a mãe. Diz que embora não ache que a mãe fosse brigar com ela, não sabe o motivo de não ter contado. Também diz que voltou a conversar com o pai, encontraram-se algumas vezes e ele a levou alguns dias à escola, mas a mãe ainda não confia nele, então sempre que vão se encontrar, tem de ser na presença da avó. Após a aplicação dos instrumentos, a adolescente disse que não se corta mais há bastante tempo (não disse quanto) e que nem tem vontade mais. Em conversa com a mãe de Michele, ela diz que está “muito feliz com o resultado”, pois a filha estava mais tranquila e comunicativa.

#### • Respostas aos instrumentos

As tabelas a seguir apresentam as pontuações de Michele, com base nas aplicações no processo Psicodiagnóstico Compreensivo e entrevista devolutiva na primeira e segunda aplicações dos instrumentos (Tabela 21) e a relação das pontuações dos fatores avaliados pelo AUQEI em ambos os momentos (Tabela 22).

**Tabela 21.** Pontuação de Michele: 1ª e 2ª aplicações

<b>Instrumento</b>	<b>Aplicação I</b>	<b>Aplicação II</b>
CDI	37	34
BAI	28	17
AUQEI	36	42

Fonte: Autora.

**Tabela 22.** Fatores AUQEI: 1ª e 2ª aplicações de Michele

<b>Fator</b>	<b>1ª Aplicação</b>	<b>2ª Aplicação</b>
Autonomia	9	11
Lazer	10	12
Funções	10	10
Família	7	9

Fonte: Autora.

A segunda aplicação das escalas apresentou melhora nas pontuações do BAI e AUQEI, e sutil aumento em CDI. No inventário de depressão, as maiores pontuação são nos itens sobre: sentir que faz as coisas erradas, de que coisas ruins irão acontecer a ela, não gostar de si mesma, ficar entediada sempre e dificuldades para dormir. Durante a aplicação do CDI, a adolescente tentava recordar qual resposta tinha dado na primeira aplicação, dizendo “essa eu lembro a resposta” e, ao ser explicado novamente que a resposta deveria ser com base na última semana, ela dizia que poderia anotar a mesma resposta. Esse comportamento ocorreu durante toda a aplicação o CDI; no entanto, disse não se lembrar dos outros dois instrumentos.

O BAI apresentou pronunciada mudança nas respostas entre as duas aplicações, passando de 28 pontos (sintomas moderados de ansiedade) para 17 pontos (sintomas leves). Apenas os sintomas relacionados a se sentir aterrorizada, assustada e rosto afogueado aumentaram a pontuação. Nos demais itens, a maioria diminui a pontuação, demonstrando melhora nos sintomas de ansiedade.

Com relação ao AUQEI, essa escala apresentou melhor qualidade de vida em quase todos os fatores, exceto funções em que se manteve com a mesma pontuação. O fator família e lazer apresentam as maiores pontuações. Com relação à família, destaca-se a melhora na relação com o pai (também apresentada pela adolescente na entrevista devolutiva), ver os pais falando sobre ela e poder ficar longe da família, o que pode sugerir que Michele está voltando a confiar no ambiente, depois da violência que sofreu quando estava no Rio de Janeiro. Sobre o fator lazer, a adolescente responde se sentir melhor com os avós – com quem não gostava de conversar, pois dizia que a avó só perguntava da situação vivida no Rio de Janeiro – nas férias e no

intervalo da escola. Autonomia também demonstrou melhora, principalmente no que diz respeito a ficar sozinha e se autoavaliar.

Embora a paciente tenha decidido parar de participar dos encontros com o grupo e, na entrevista devolutiva, tenha dito que não ache que o grupo a tenha ajudado, sua mãe entrou em contato com a psicóloga para agradecer a evolução da filha, o que também foi notório na entrevista devolutiva com a adolescente e na pontuação dos instrumentos. Michele não demonstrou interesse em continuar com a psicoterapia, assim, foi orientado que procurasse o projeto caso mudasse de ideia.

### • **Compreensão Clínica das entrevistas devolutivas**

As escalas trabalhadas com as adolescentes apresentaram algumas semelhanças no que diz respeito ao padrão de respostas entre a primeira e segunda aplicação. O CDI obteve uma diminuição na pontuação no reteste de Carla e Michele, demonstrando melhora nos sintomas depressivos de ambas as participantes; no entanto, Michele se manteve acima da nota de corte, indicando presença desses sintomas, ao passo que Carla saiu dessa classificação. Na contramão das duas participantes, Stephanie aumentou ainda mais a pontuação nessa escala. Todas as participantes mudaram de respostas na segunda aplicação sobre se sentirem entediadas: Carla e Michele sentiram-se mais entediadas nos últimos dias, ao passo que Stephanie, menos. As duas primeiras adolescentes também aumentaram a pontuação sobre estarem mais cansadas, mas não têm se sentido mais tão sozinhas. Como já mostrados em outros momentos, os conflitos familiares estão presentes em estudos com adolescentes que apresentam sintomas depressivos (Antunes et al., 2018; Borges & Pacheco, 2018; Melo et al., 2017), reforçando a importância do ambiente na vida do adolescente. Ao não se sentirem mais sozinhas e pontuado no AUQEI melhor no fator família, as adolescentes parecem estar confiando mais no ambiente, tendo introjetados objetos bons, nos quais elas podem recorrer, não se sentindo mais agora “sozinhas mentalmente”, como bem representou Carla (Winnicott, 1958/2007a).

Assim como o CDI, o BAI também indicou melhora nos sintomas ansiosos de Carla e Michele, mas piora em Stephanie. Todas as adolescentes apresentaram aumento de sensação de medo que aconteça o pior e Michele e Stephanie sentiram-se mais assustadas e aterrorizadas. Carla e Michele apresentaram melhor capacidade de relaxar, sentiram-se menos nervosas, além de não apresentarem mais sintomas relacionados à tontura e, conforme conversado na entrevista devolutiva, ambas demonstraram estar enfrentando as situações que as deixavam nervosas e as impedia de relaxar: problemas na relação com o pai e Michele também aparentou estar elaborando as violências que sofreu quando morou longe da mãe.



Quanto ao AUQEI, Carla e Stephanie apresentaram maior prejuízo na qualidade de vida, ao passo que Michele melhorou sua qualidade de vida, embora ainda inferior à nota do corte proposta pela escala. O fator funções foi o que apresentou maior prejuízo, diminuindo a pontuação de Carla e Stephanie e se mantendo o mesmo em Michele. Carla, embora tenha diminuído as pontuações dos sintomas, foi a que menos apresentou evolução no AUQEI; o único fator que obteve maior pontuação foi em família. A adolescente conta na entrevista devolutiva que tenta ser mais compreensiva com o pai e estar mais próxima dele e da família; no entanto, ainda apresenta muitas angústias e inseguranças em outros fatores de sua vida. Assim como Carla, Michele também apresentou maior pontuação no fator família na segunda aplicação e fala sobre ter se aproximado do pai e dos avós. Os fatores autonomia e lazer tiveram maior pontuação com Stephanie e Michele.

As respostas de ambas as aplicações foram lidas para as adolescentes, enquanto a imagem da escala era projetada pelo aplicativo de conversa e, dessa forma, a paciente poderia ver a escala. Da mesma forma que os encontros presenciais, a entrevista devolutiva ocorreu após cinco meses de encontros entre a psicóloga e as participantes, o que sugeriu uma evolução no vínculo da dupla terapêutica e, com isso, as meninas puderam ficar mais seguras em expressar algumas angústias, por exemplo quando Stephanie fica espantada ao ver que na primeira aplicação do CDI disse ter vários amigos e que gosta de estar com outras pessoas.

Tanto Carla quanto Michele demonstram o quanto os sintomas de depressão e ansiedade podem se relacionar com o comportamento autolesivo. Após os encontros, as adolescentes além de se sentirem melhor – o que também foi observado pelas mães e psicóloga – cessaram com os cortes e os índices de depressão e ansiedade diminuíram. Esse dado confirma os estudos que demonstram a relação entre esses sintomas e à autolesão (Giusti, 2013; Guerreiro e Sampaio, 2013; Ferreira et al., 2021; Plener et al., 2015; Luyckx et al., 2015; Nock et al., 2006; Tardivo et al., 2019a; Tardivo et al., 2019b; Zetterqvist et al., 2020). As duas adolescentes também demonstraram, tanto no AUQEI quanto na entrevista devolutiva, o quanto a qualidade de vida com relação ao fator família havia melhorado, revelando que o ambiente suficientemente bom é importante para o desenvolvimento emocional saudável do indivíduo (Winnicott, 1945/2000a) em diferentes fases da vida. Conforme encontrado na literatura, ao sentirem que recebem afeto, compreensão e tem mais diálogo com os pais, ou seja, melhorar as relações familiares, os sintomas depressivos das adolescentes Carla e Michele diminuíram (Antunes et al., 2018; Borges & Pacheco, 2018; Melo et al., 2017).

Embora alguns indicadores tenham apresentado evolução, o que foi observado na melhora das pontuações, na fala das adolescentes e de suas mães, assim como na observação clínica,

ainda houve angústias em todas as adolescentes que precisavam ser mais aprofundadas, o que não era possível nas propostas da Oficinas Psicoterapêuticas, pelo período breve de atendimento. Ou seja, pode-se levantar como hipótese que as adolescentes precisavam de mais do que era possível ser oferecido nos 12 encontros, principalmente Stephanie que mesmo em acompanhamento psicológico e psiquiátrico, relata ter aumentado os sintomas. Assim, todas as adolescentes foram encaminhadas para dar continuidade ao atendimento psicológico individual, embora Michele tenha recusado.

## **CAPÍTULO V – COMPREENDENDO O PROCESSO: ENCONTROS PRESENCIAIS E REMOTOS**

Neste capítulo, serão apresentadas as reflexões e considerações acerca do processo psicoterapêutico vivenciado pelos participantes do grupo. Para tanto, foi realizada uma reflexão utilizando os dados analisados durante o Psicodiagnóstico Compreensivo, a dinâmica dos adolescentes ao longo das Oficinas Psicoterapêuticas, os pontos identificados nas entrevistas devolutiva e as observações da psicóloga-pesquisadora.

O capítulo está dividido em duas partes, as quais apresentam os campos mais relevantes compreendidos pelo processo e a comparação entre os dois grupos: presencial e remoto. A primeira parte dedica-se à sessão das Oficinas Psicoterapêuticas, compreendendo-as como uma etapa de criação de vínculos e expressão dos conflitos vivenciados pelos adolescentes, que reverberaram em outros encontros das Oficinas Psicoterapêuticas. Nesta parte, também se encontram os principais campos trabalhados nas sessões, divididos por categorias. A expressão dos conflitos possibilitou aos integrantes do grupo um processo de elaboração de suas questões, permitindo identificar possíveis formas de enfrentar as angústias, consequência dos conflitos vivenciados, o que foi possível pelo enquadre diferenciado proposto, o qual favoreceu as experiências mutativas no grupo. Essas experiências serão discutidas no segundo tópico deste capítulo.

### **5.1. Primeiro encontro: seus principais tópicos e ressonância nos encontros posteriores**

O primeiro encontro, utilizando como material o Desenho Estória com Tema, permitiu uma compreensão global de como os integrantes dos grupos compreendem a fase que estão vivendo. A técnica também permitiu diminuir a ansiedade dos participantes, frente à expectativa em relação aos encontros em grupos, pois, como apresentado na última sessão, as adolescentes imaginavam que o trabalho em grupo seria feito de outra forma.

O tema proposto pela técnica (grupo presencial: “*Desenhe um adolescente em São Paulo hoje*”; grupo remoto: “*Desenhe uma adolescente em sua cidade hoje*”) foi um facilitador nesse primeiro encontro: permitiu o contato dos participantes com os materiais propostos, com a terapeuta e com o grupo, além de possibilitar compartilharem as angústias despertadas pelo tema proposto. O vínculo entre os integrantes do grupo parece ter sido favorecido por meio da comunicação de como percebem a adolescência, pois em ambos os grupos um se identificou

com a produção do outro. Dessa forma, a técnica e o tema propostos possibilitaram um ambiente acolhedor, no qual os participantes puderam expressar os conflitos que vivenciam na adolescência.

Em ambas as Oficinas Psicoterapêuticas, os desenhos, as associações destes e os temas conversados durante essa sessão destacam um campo psicológico comum: o mundo como um lugar não suficientemente bom. As produções apresentam conflitos em todos os ambientes, o que, segundo eles, gera demasiados problemas para o adolescente. No grupo realizado de forma presencial, os conflitos estão presentes em todos os âmbitos (familiar, escolar e social); no entanto, no grupo remoto, o foco dos conflitos aparece mais como um fator social. Estes campos puderam ser desenvolvidos ao longo dos encontros em grupo.

Retomando Tardivo (2007a), o adolescente que experiencia um ambiente não suficientemente bom, como o apresentado pelos participantes, está mais propício à drogadição e outros perigos, pois a falta de um ambiente facilitador pode levá-lo a se sentir ameaçado, vulnerável e dificultar a tarefa da busca pela identidade adulta (Aberastury & Knobel, 1981; Tardivo, 2007a). Dessa forma, como discutido por Winnicott (1968/2005b), o ambiente suficientemente bom é importante também para os adolescentes, pois ainda precisam dos pais e do ambiente facilitador para que auxiliem em seu crescimento.

Nota-se nas produções do D-E com Tema a falta de aspectos positivos sobre a fase que estão vivendo, o que apareceu apenas em alguns pontos do desenho de Maísa, do grupo presencial, e na produção de Renata, do grupo remoto. Ao ser perguntado sobre esses aspectos positivos, no grupo presencial os adolescentes falam da responsabilidade que agora é direcionada para eles, pois permite que experimentem o mundo adulto para que, no futuro, consigam atingir seus ideais. No grupo presencial, falam sobre serem independentes. Alguns aspectos positivos da adolescência foram se apresentando durante as sessões e, ao longo dos encontros realizados de forma remota, os adolescentes foram dando maior foco ao que gostam de fazer, figuras de identificação e valorização de seus ideais, e cada vez menos sobre os conflitos que vivenciam.

A seguir, serão apresentados os principais campos psicológicos trabalhados nos encontros presenciais e remotos.

### **5.1.1. Falta de compreensão, de diálogo e outros conflitos familiares**

Os conflitos com o ambiente, principalmente na esfera familiar, foram presentes na maior parte dos encontros do grupo presencial. Neste grupo, os adolescentes expressam as brigas na

família, falta de comunicação entre eles e os pais, não se sentem compreendidos e que a família não confia neles, sentem-se julgados e até excluídos pela família, como Joana que traz em um dos encontros a nova família do pai. Também apontam que eles não confiam nos pais, visto que fazem promessas que não são atendidas. A falta de comunicação com os pais foi assunto muito discutido na sessão oito, na qual apresentam que não há diálogo algum e não conseguem se expressar com os pais, nem para dizer o quanto eles são importantes ou para uma conversa sobre o dia a dia.

Embora as questões familiares não tenham sido tão discutidas no grupo remoto quanto foi no presencial, o assunto surgiu de forma pontual em algumas sessões e falas: na primeira sessão Michele apresenta os pais que compreendem e aceitam as escolhas dos filhos; no quarto encontro Stephanie conta, com muita tristeza, o quanto a mãe não a compreende, a julga e a cobra, dizendo que a menina deveria morrer logo, por não ter correspondido às suas expectativas, afinal, “esperava mais” da adolescente; no sétimo encontro Carla se identifica com um personagem de seriado, o qual tem uma relação conflituosa com o pai, por isso, é insegura em suas relações; e Sabrina, na sessão oito fala de sua mãe como uma fonte de segurança, cuidado e acolhimento, em contrapartida também descreve a relação conflituosa com o pai.

No decorrer das entrevistas e aplicação dos instrumentos no Psicodiagnóstico Compreensivo, foi notório que os conflitos familiares estavam presentes na vida de todas as participantes que apresentavam comportamento autolesivo. Ao contrário do estudo de Antunes et al. (2018) – ao identificar que quanto maior o conflito, principalmente no que diz respeito à figura materna, mais presença de sintomas de depressão – nas seis adolescentes participantes a dificuldade maior era com relação à figura paterna. Todas as adolescentes relatam se sentirem abandonadas pelo pai: Joana, Maísa, Michele e Stephanie contam que o pai se distanciou após a separação, até perderem o contato quase que total. Érica e Carla, embora ainda conviviam com o pai, expõem o quanto o vício ao álcool faz com briguem com frequência e, em consequência, afastem-se da figura paterna.

Durante a primeira etapa da pesquisa, as adolescentes também relatam o quanto se sentem incompreendidas em seu sofrimento: a família de Joana acredita que suas angústias e alucinações são “falta de Deus”, os pais de Érica acham que é “frescura” e que ela faz os cortes “para chamar a atenção”, e a mãe de Michele acredita que os cortes sejam apenas consequência do desafio “Baleia Azul”. Falam também de não sentirem que podem confiar na família (nenhuma sente que pode confiar no pai que a abandonou ou é usuário de álcool, Érica não confia na mãe que diz sempre prometer as coisas e nunca cumpre e Carla não pode contar com

a mãe nem nos momentos de lazer, por ela estar sempre trabalhando). Por fim, algumas adolescentes demonstram durante o psicodiagnóstico o quanto se sentem excluídas dos vínculos familiares, como é o caso de Joana, que é cobrada para ser mais espontânea igual a prima e lamenta não sentirem falta dela na festa, Maísa, quando vê as fotos das festas da nova família do pai e Stephanie ao dizer que o pai gosta mais dos irmãos do que dela.

Tanto nas produções do Desenho-Estória com Tema, quanto nos campos apresentados no primeiro encontro das Oficinas Psicoterapêuticas e repetido ao longo dos atendimentos, o ambiente familiar foi percebido, na maioria das vezes como um lugar de conflitos, falta de compreensão, abandono da figura paterna (real ou afetivo) e graves problemas na estrutura da família, por exemplo o alcoolismo presente na família de Érica e Carla, que gera severos conflitos a todos os membros da família. Esse ambiente repleto de falhas foi encontrado em vários estudos que descreveram os fatores associados ao comportamento autolesivo são da autolesão (Giusti, 2003; Guerreiro e Sampaio, 2013; Hawton et al., 2012; Ferreira et al., 2021; Lim et al., 2019; Plener et al., 2015; Silva & Botti, 2017; Tang et al., 2021; Tardivo et al., 2019a, 2019b), uma vez que a falta do ambiente facilitador pode levar o adolescente a se sentir ameaçado e vulnerável (Aberastury e Knobel, 1981; Tardivo, 2007a). Dessa forma, retomando Winnicott (1968/2005b), o ambiente e o suporte familiar são indispensáveis para o desenvolvimento do adolescente, que ainda precisa dos pais para o auxiliar em seu processo de amadurecimento. No entanto, há esperança para as adolescentes, pois como foi dito por Érica em um dos encontros, sua mãe estava “muito melhor” depois da conversa com a psicóloga e o fator família aumentou em todos os casos (exceto para Stephanie) no AUQEI.

### **5.1.2. *Bullying*, brigas e poucos amigos**

As questões relacionadas à escola e amigos surgiram em apenas alguns encontros específicos. Nos encontros presenciais, o *bullying* e o medo de passar por essa violência foram apresentados no primeiro encontro, assim como sentir que os amigos não os compreendem e se afastam. Érica repete este tema na terceira sessão ao contar que não quer voltar para a escola e que odeia todo mundo do colégio. No grupo realizado no formato remoto esses aspectos não foram levantados pelos participantes. Michele em algumas sessões deixa claro que não gosta da escola, nem de estudar, mas não associa o fato com as relações neste ambiente, e sim com a sobrecarga de trabalhos, mesma queixa apresentada pelos demais adolescentes ao reclamarem o quanto estavam se sentindo sobrecarregados com as lições e sobre não gostarem das aulas síncronas. As relações escolares podem não ter surgido nas Oficinas Psicoterapêuticas remotas,

pois os alunos estavam há um ano e meio sem aulas presenciais, devido às regras para combater o contágio do novo coronavírus, e, dessa forma, com menos contato com os colegas de sala. Ainda assim, em um dos encontros, Michele fala sobre a importância de três amigos, em quem ela confia e sente que pode conversar.

Embora os conteúdos sobre a escola e os amigos não tenha sido frequente nos encontros com os grupos, é uma categoria importante de ser discutida por ser campos presentes no Psicodiagnóstico Compreensivo de todas as adolescentes com comportamento autolesivo. Exceto Stephanie, que não trouxe nada sobre esses temas, as demais adolescentes apresentaram relações conflituosas com o ambiente escolar e amigos: Joana, Máisa e Érica contaram situações de *bullying* que sofreram ao longo dos anos, seja por amigos ou professores, Érica, Carla e Michele se envolviam em frequentes brigas na escola e acreditam que os colegas de sala não gostam delas e Érica também sente que os amigos não compreendem suas angústias, ao reclamarem que “ora está bem, ora está mal”.

Esse é um ponto significativo, pois os autores trabalhados na introdução apontam para a importância do grupo e pares para o adolescente, por oferecer segurança, equilíbrio e neutralidade, como Bruna proporcionou ao cuidar dos ferimentos de Máisa (Winnicott, 1961/2011; 1987/2002; Erikson, 1968/1976; Aberastury & Knobel, 1981; Dolto, 1990; Levisky, 1995; Almeida, 2014; Sei & Zuanazzi, 2016). No entanto, o *bullying* impede que possam confiar nesse ambiente e, conseqüentemente, afastam-se dos grupos, têm poucos amigos, não tendo quem possa oferecer os benefícios descritos pelos autores, sentindo-se sozinhas, como apontou o CDI das adolescentes. O *bullying* também foi um fator frequente em adolescentes com comportamento autolesivo, encontrado pelos autores estudados na introdução (Giusti, 2003; Ferreira et al., 2021; Plener et al., 2015; Silva & Botti, 2017; Tardivo et al., 2019a, 2019b).

### **5.1.3. Cobranças e julgamentos sociais**

Na maioria dos encontros, os conflitos são refletidos também na sociedade como um todo e esse campo foi o mais presente em ambas as Oficinas Psicoterapêuticas. Os adolescentes percebem a sociedade como um ambiente no qual não podem confiar, que os julgam, humilham e cobram. O julgamento foi o que aparecem com maior frequência nos grupos, que muitas vezes vem por meio de uma pressão do ambiente para se encaixem dentro de um padrão e “mudar seu jeito” para agradar o outro, como muitas vezes eles diziam durante as sessões, principalmente

nos encontros remotos. Na quarta sessão, dos encontros presenciais, Érica traz que sente uma cobrança para que sejam “boas o suficiente para a sociedade”.

Como reflexo desta sociedade doente, como apresentou Maísa no quarto encontro, os adolescentes acreditam que precisam defender-se, esconder-se ou moldar-se, além de sentirem que estão adoecendo (como apresentado pelas produções de Maísa e Tatiane no primeiro encontro presencial), faz com que usem drogas – fator discutido no primeiro encontro remoto – e que precisem se mostrar diferente do que são e sentem. Neste sentido, nos primeiros encontros das Oficinas Psicoterapêuticas presenciais, os adolescentes falaram muito sobre o “sorriso falso” como uma forma de explicarem que acreditam que suas angústias não podem ser manifestadas, pois não serão compreendidas, e sim julgadas e minimizadas, assim, o “sorriso falso” seria uma forma de ninguém perceber seus sofrimentos: estão sempre felizes. Durante as entrevistas individuais com Michele esta mesma situação apareceu: a adolescente relata que tenta fingir que está bem, para que os outros não vejam seu sofrimento; no entanto, nem sempre consegue. De uma forma diferente também foi possível notar o “sorriso falso” em Joana e Stephanie durante o psicodiagnóstico: estava sempre sorrindo nas sessões, mesmo quando para falar um assunto mais delicado.

Após Érica falar sobre o “sorriso falso” no primeiro encontro do grupo presencial, imediatamente todos se identificam e o termo foi retomado em outras sessões. Nos encontros seguintes, a expressão reapareceu nas discussões sobre o quanto se sentem cobrados e julgados pela sociedade, restando as opções: isolarem-se, mostrarem-se felizes – diferente do que estão sentindo – ou renunciar a seus ideais para se moldar às exigências do ambiente. Em muitas situações e em ambos os grupos, os adolescentes parecem demonstrar o quanto sentem que seus princípios são negados e, frente a isso, creem que será preciso renunciá-los, gerando conflitos e a uma confusão de papéis (Erikson, 1968/1976).

Conforme o exposto, os adolescentes relatam nos encontros a vivência em um ambiente hostil, sentindo-o como falho, o que gera angústias, tristezas e faz com que se sintam incompreendidos em suas necessidades e os fazem acreditar que não terão outra alternativa, a não ser se fechar e ocultar sua “personalidade obscura”, como apresentado por Bruna na terceira sessão, ou nas palavras de Winnicott (1960/2007b) ocultar seu *Self* verdadeiro. Os adolescentes parecem demonstrar que, assim como a mãe falha em atender o gesto espontâneo do bebê, trocando-o por seu próprio gesto, sentem que a sociedade também não é capaz de compreender o gesto espontâneo dos adolescentes e tentam impor seu próprio gesto por meio dos padrões e julgamentos que dizem vivenciar. Isto posto, entende-se que parece não ser possível para eles o gesto espontâneo, pois precisam sempre corresponder à necessidade do outro, ao passo que



as suas não são atendidas. Esses adolescentes parecem estar expressando as contribuições de Winnicott (1960/2007b), usadas para descrever o estágio inicial do Falso *Self*, em que oculta seu Eu verdadeiro e cala o gesto espontâneo, na tentativa de se defender das falhas do ambiente.

Os adolescentes relatam sentir falta de um ambiente suficientemente bom, que os permita desabrochar. A falta de um espaço para ser compreendido e ter suas necessidades atendidas é apresentada por Bernal (2019), ao escrever sobre a importância do outro na relação com o adolescente, o que acarreta a impossibilidade de comunicar o sofrimento, sendo possível ao adolescente apenas mostrá-lo, como acontece na autolesão, esse comportamento como um indicativo das angústias que sente (Le Breton, 2010; Tardivo et al., 2019).

#### **5.1.4. Características individuais, ansiedade e depressão**

Logo no primeiro encontro, Henrique e Érica falam sobre os sintomas, como não conseguir dormir e na produção do D-E com Tema, Tatiane escreve “ansiedade” e Maísa “depressão e ansiedade”, o que parece ser algo comum a quase todas as integrantes dos grupos que apresentavam comportamento autolesivo: Joana, Maísa, Érica e Stephanie relatavam sintomas de ansiedade ao longo das sessões do Psicodiagnóstico e todas, exceto Carla, tiveram pontuações altas no BAI, indicando presença de sintomas graves de ansiedade. Além da ansiedade, todas as adolescentes apresentaram pontuação acima da nota de corte no CDI, demonstrando presença de sintomas depressivos. No quarto encontro, Maísa retoma a adolescência como uma fase repleta de sintomas (de ansiedade e depressão), consequência do ambiente falho.

Durante as falas das adolescentes, em muitos momentos, era possível encontrar impulsividade (por exemplo, quando Érica conta no grupo que “deu um soco na boca” de um menino), baixa autoestima e insegurança (as produções de Érica no segundo encontro falam de sua baixa autoestima, Maísa se coloca como “destroçada, apodrecida e morta por dentro”, Stephanie não se sente capaz de amar e Michele sempre dizia que não sabia fazer o que era proposto). Os encontros, como já apresentado, também eram marcados pelos problemas sociais que enfrentam e traziam a dificuldade de conseguirem se expressar em casa ou na sociedade.

Os estudos de Tardivo et al. (2019a, 2019b) e Giusti (2013) também encontram essas características nos adolescentes com comportamento autolesivo, participantes das pesquisas. Os sintomas de ansiedade e depressão, como descrito anteriormente, também foram identificados na literatura como frequentes em adolescentes com comportamento autolesivo

(Giusti, 2013; Guerreiro e Sampaio, 2013; Ferreira et al., 2021; Plener et al., 2015; Luyckx et al., 2015; Nock et al., 2006; Tardivo et al., 2019a; Tardivo et al., 2019b; Zetterqvist et al., 2020).

É importante observar que as adolescentes que apresentavam comportamento autolesivo falavam de angústias antigas e exceto Maísa, as demais começaram o comportamento no início da adolescência: Carla começou os autocortes com 14 anos, mas antes disso batia os dedos sobre a lâmina do apontador; Stephanie se beliscava aos oito anos e, com 12 anos, começaram os cortes; Michele começou a se cortar entre 11 e 12 anos, período em que começou a violência; Érica passou a se cortar aos 12 anos, depois de duas tentativas de suicídio; e Joana, iniciou também aos 12 anos, período em que também passou a ter as alucinações. Vários autores apresentam em seus estudos o início da autolesão no começo da adolescência (Giusti, 2013; American Psychiatric Association, 2014; Brown & Plener, 2017; Ferreira et al., 2021; Guerreiro & Sampaio, 2013; Plener et al., 2015).

### **5.1.5. Responsabilidades e independência**

Nota-se nas produções do D-E com Tema a falta de aspectos positivos sobre a fase em que estão vivendo, o que apareceu apenas em alguns pontos do desenho de Maísa e na produção de Renata, do grupo remoto. A independência, a responsabilidade, o processo de “desabrochar”, como uma busca por se conhecer discutidas nos grupos, além da adolescência como um processo de adaptação, discutido no quarto encontro das Oficinas Psicoterapêuticas remotas, anuncia formas de os adolescentes experimentarem o mundo adulto para que consigam construir sua identidade adulta.

Ao pensarem dessa forma, eles estão expressando o conflito da adolescência que Erikson (1968/1976) denominou *identidade x confusão de papéis*. No entanto, como assinalou Aberastury (1983), ao afirmar que nessa fase há um conflito entre a necessidade de independência e a nostalgia da dependência, os adolescentes reclamaram que os pais não permitem toda a liberdade e responsabilidade que desejam, entendendo assim que os pais não confiam tanto neles. Diante desse conflito, os participantes parecem estar num estágio mais avançado da elaboração do luto pelos pais da infância, e reivindicam pais de adolescente, no entanto, os pais ainda precisam elaborar a perda da relação de submissão da infância (Aberastury & Knobel, 1981; Aberastury, 1983). Após essa discussão do primeiro encontro, todos os adolescentes do grupo presencial passaram a ir às Oficinas Psicoterapêuticas, desacompanhados de um responsável, dando a eles a sensação de liberdade almejada.

## 5.2. As Oficinas Psicoterapêuticas como espaço de promoção de experiências mutativas

Durante as Oficinas Psicoterapêuticas, foi possível identificar a trajetória que ocorreu em cada sessão, evidenciando a experiência mutativa vivenciada em ambos os grupos. No primeiro encontro, os participantes estavam tímidos, pouco conversaram entre eles e se limitaram a dizer o nome e idade, demonstrando se sentirem pouco à vontade com a situação proposta. No entanto, ao convidar a expressão por meio de desenhos, o desconforto diminuiu ao conseguirem se expressar no papel. A identificação entre eles e os campos que surgiram no processo de D-E com Tema no primeiro encontro foi fundamental para que todos se sentissem acolhidos pelo grupo, no qual tiveram sustentação para demonstrarem suas angústias. Desse modo, logo no primeiro encontro foi permitido aos integrantes trazer suas vivências e sentimentos ao longo dos encontros.

No decorrer da primeira sessão, os conflitos tornaram-se conscientes, permitindo aos adolescentes falarem também de si mesmos e não apenas do adolescente de um modo geral e, assim, entraram em contato direto com seu sofrimento. Poder voltar o discurso para si foi possível, pois conforme esclarece Gil (2010), os materiais trabalhados ao longo das Oficinas Psicoterapêuticas refletem a maneira de ser do indivíduo, ganhando significado ao serem trabalhados nos encontros. Joana e Stephanie apresentaram maior dificuldade nesse processo do primeiro encontro: ambas estavam mais defensivas, permanecendo caladas durante toda a sessão e Stephanie acrescentou que eram muitas informações e, logo após o encontro, mandou uma mensagem para a psicóloga dizendo que não estava se sentindo bem, apresentando tontura e dor de cabeça.

Entrar em contato com o significado dos materiais usados nos encontros, como pode ser observado nas duas participantes acima mencionadas, pode não ser tarefa fácil, uma vez que esses mediadores funcionam como uma comunicação das experiências emocionais, uma forma de acesso ao mundo interno, que pode estar repleto de agonias. Ainda assim, o uso dos objetos mediadores, utilizados em um ambiente acolhedor, como foi proposto nas Oficinas Psicoterapêuticas, facilita a comunicação emocional (Tardivo & Bonfim, 2007).

Gil (2010) acrescenta que a materialidade usada nos encontros está localizada em uma área intermediária da experiência: entre o objeto em si e seu significado. Esses objetos permitem ao adolescente criar e manusear os objetos de acordo com suas necessidades, pois, assim como no estado de não integração, os materiais mediares têm um caráter *formlessness* (sem forma) (Winnicott, 1945/2000a). Isto possibilita experiências mais criativas que, associadas ao *holding*

do grupo, contribuiu para que o participante pudesse se sentir vivo, amadurecido emocionalmente, contribuindo para estados de uma maior integração do *Self*, reconhecendo-se como um indivíduo.

O uso do brincar com os materiais mediadores e a não interpretação do inconsciente apresentaram aos adolescentes um ambiente que os permitiu serem criativos, expressando-se criativamente – cada um à sua maneira – sobre suas experiências emocionais. Dessa forma, trabalhar com materiais gráficos, imagens, músicas, filmes e demais associações proporcionaram aos adolescentes o *holding* (Winnicott, 1962/1983) necessário para se sentirem seguros e se colocarem como indivíduos reais.

No decorrer das Oficinas Psicoterapêuticas, foi função da psicóloga-pesquisadora permitir que os adolescentes fossem criativos, por meio do brincar. Durante algumas sessões de ambos os encontros, as adolescentes precisavam ser estimuladas para que pudessem apresentar suas produções e associações, ou mesmo encorajadas a falar o que estavam pensando, quando estavam com expressão pensativas. Esse movimento da psicóloga possibilitou com que se sentissem acolhidas e vivas: Michele, que no começo das sessões dizia que não sabia fazer o que era proposto, ao final delas sempre pedia para mostrar alguma coisa, falar seu ponto de vista sobre o que estava sendo discutido ou apenas ligava o microfone para se fazer ouvida pelo grupo, mesmo que para isso tivesse que interromper outro adolescente. O movimento de Michele, também presente em outros adolescentes, demonstra a segurança que o grupo proporcionava e os fazia sentir vivos e acolhidos, entrando em contato seu próprio *Self*.

Na proposta psicoterapêutica trabalhada por esta pesquisa, o *holding* (a sustentação emocional) é a intervenção terapêutica principal, como apresentado na introdução, que permite a recuperação do gesto espontâneo do paciente e, associado aos conteúdos que se manifestam no grupo, possibilita a criação do ambiente suficientemente bom, que favorece o crescimento emocional, o desenvolvimento das potencialidades e, com isso, cria condições para mudanças que foram percebidas ao longo dos encontros, sendo o grupo capaz de proporcionar experiências transformadoras. As Oficinas possibilitaram aos participantes a aproximação de si mesmos de modo real e criativo, acolhendo e reconhecendo o gesto espontâneo de cada participante. Nos encontros remotos, por diversas vezes algum participante pedia para mostrar um objeto ou produção para o grupo: Michele quis mostrar seus desenhos e interrompeu a fala de alguns participantes para isso, Sabrina gostava de mostrar seus livros, Carla a parede de Post-it e Stephanie pediu para exibir conversas e imagens. O movimento dos adolescentes era acolhido pelo grupo e psicóloga, que se interessavam pelo que estava sendo mostrado, acolhendo o gesto espontâneo um do outro.

Apesar do exposto, para algumas adolescentes, foi uma tarefa árdua poder apresentar seu gesto espontâneo e aproveitar o Espaço Potencial, proporcionado pelas Oficinas Psicoterapêuticas por meio do *holding* e dos materiais mediadores. Érica – que durante o Psicodiagnóstico e no primeiro encontro das Oficinas Psicoterapêuticas dizia que gostava de desenhar, pois conseguia se expressar melhor – na terceira sessão do grupo passou a reclamar de desenhar, preferindo atividades mais estruturadas (revistas e fazer *slime*) e ficou defendida no sexto encontro, quando novamente teria de produzir algo e optou por faltar no sétimo encontro, mesmo não tendo outro compromisso; Michele não tinha iniciativa para buscar as associações dos temas que seriam trabalhados nos encontros e dizia que não sabia ou não conseguir fazer o que era proposto, precisando ser mais estimulada pela psicóloga e, conforme suas associações e falas iam sendo acolhidas pelo grupo, a adolescente passava a participar mais no dia. Parece ser estranho a elas a possibilidade de criar, ter quem acolha seu gesto espontâneo para que assim possam descansar e aproveitar o Espaço Potencial. As adolescentes pareciam desconfiar do grupo, precisando de alguém para lembrá-las que aquele era um espaço de confiança, o que já parecia claro para os outros integrantes: no quinto encontro, Bruna lembrou Érica quando fala “eu te disse que ela não ia esquecer”, referindo-se ao que a psicóloga prometeu na semana anterior; no grupo presencial, os adolescentes pedem para que Michele apresente suas associações para que possam apreciá-las (lista de música e desenhos). Para Michele, a situação pareceu ser mais ameaçadora e a adolescente optou por desistir dos encontros com o grupo, alegando ser antissocial, deixando clara sua dificuldade de se expressar, já pra Érica, embora com relutância em se apresentar de forma criativa e espontânea, a adolescente se apropriou do espaço ao deixar claro sua recusa com a proposta, ao ficar emburrada e com a cabeça baixas em alguns encontros, mostrando poder confiar no ambiente para se expressarem.

A psicoterapia deve se colocar como um ambiente suficientemente bom, oferecendo-se como um espaço de confiança, no qual o paciente possa arriscar um movimento pessoal: o gesto espontâneo. Dessa forma, é um lugar que pode favorecer que o Espaço Potencial seja estabelecido, desde que haja o acolhimento do gesto espontâneo do paciente e que possibilite as condições para o crescimento emocional do paciente, possibilitando a apropriação do Eu verdadeiro (Winnicott, 1967/1975a). Retomando Winnicott (1967/1975b), quando a mãe acolhe o gesto espontâneo do bebê (assim como era realizado nos encontros das Oficinas Psicoterapêuticas), ela possibilita que o bebê desenvolva a confiança nos outros e em si mesmo, em sua capacidade criativa e, assim, possa desenvolver o Espaço Potencial. Nas Oficinas, os desenhos e as associações como instrumento mediador para a expressão dos conflitos entre o

mundo interno e externo favorecem o gesto espontâneo de cada adolescente, devolvendo a eles a confiança no ambiente e devolvendo o Espaço Potencial de cada integrante. Desse modo, os materiais gráficos e associações também foram cruciais nos encontros, funcionando como facilitadores da comunicação emocional, como apresentado por Tardivo e Bonfim (2007) e, somado ao acolhimento possível pelo grupo, os adolescentes não se sentiram constrangidos em levar suas angústias e conflitos internos e externos, permitindo entrar em contato com o Eu verdadeiro e seus desejos de forma verdadeira.

Nas Oficinas, o *holding* (Winicott, 1962/1983) fornecido pelo grupo e pelos objetos, ao propiciar um ambiente facilitador para a expressão do gesto espontâneo e, assim, favorecer a criação de um Espaço Potencial, permitiu a cada participante vivenciar suas experiências em um tempo próprio. As adolescentes foram respeitadas e acolhidas em seus movimentos: o controle da sessão ao ligarem ou desligarem a câmera, Michele, Carla, Stephanie e Joana ficavam mais quietas, preferindo ouvir o que era discutido no grupo. O *holding* oferecido a estas adolescentes permitiu sua manifestação de modo que elas pudessem aproveitar o grupo da forma como fosse possível a elas e, dentro de sua própria dinâmica, puderam compartilhar suas experiências emocionais de acordo com suas necessidades, demonstrando confiar no ambiente. No grupo remoto, as adolescentes demonstraram a confiança no ambiente em diferentes situações: Carla demonstrou confiar no espaço das Oficinas, permitindo-se discordar dos colegas em várias ocasiões, deixando claro sua forma de pensar sobre diferentes assuntos; Michele confia seu segredo ao grupo: estava namorando, mas a mãe ainda não sabia; e Stephanie conta sobre uma grande tristeza, ao dizer que a mãe sugeriu que ela devesse morrer logo. A mesma confiança foi possível no grupo presencial: Joana conta sobre suas alucinações e da relação complicada com a família do pai; Érica não se constrangia em mostrar sua agressividade e insatisfação durante os encontros e conta da relação conflituosa com a mãe, mas que estava melhor; Máisa não esconde os cortes nos braços, demonstrando não ter medo de ser julgada no grupo.

Os encontros também permitiram que os integrantes se sentissem pertencentes a um grupo, no qual tinham aprovação, segurança e um espaço para conquistar o sentimento de serem eles mesmos, benefícios do grupo de pares apresentado por Aberastury e Knobel (1981) e Dolto (1990). Todas as adolescentes que apresentavam comportamento autolesivo demonstraram, durante a primeira etapa da pesquisa e em alguns momentos das Oficinas Psicoterapêuticas, terem poucos amigos e com os quais sentiam que não podiam confiar. Apenas Carla contou que tinha um grupo de amigos, mas que não se sentia uma integrante importante para os amigos.

Durante os encontros, principalmente nos dois últimos de cada modalidade e nas entrevistas devolutivas, ficou claro o processo de identificação entre os participantes, possível pelo encontro inter-humano despertado pelas Oficinas Psicoterapêuticas. Em ambos os grupos, os adolescentes falam sobre perceber que outras pessoas passavam por questões parecidas e, no décimo encontro do grupo presencial, compreendem que apresentam uma identidade grupal ao se colocarem como uma “guilda” (grupo de pessoas com um objetivo comum). No grupo remoto, essa identificação também acontecia entre os participantes, principalmente relacionada à Carla: em diferentes sessões Stephanie e Michele se compararam a ela, tanto nas opiniões, características e gostos, indo até a decoração do quarto, quando Stephanie mostra na entrevista devolutiva que fez uma parede de Post-it, como a Carla. Conforme apresentado no capítulo introdutório deste trabalho, o grupo de pares, assim como o grupo formado pelas Oficinas Psicoterapêuticas, possibilita uma nova estrutura na qual o adolescente pode se identificar, o que favorece no autoconhecimento e complementaridade (Almeida, 2014; Dolto, 1990; Sei & Zuanazzi, 2016).

Na entrevista devolutiva com Carla, ela diz que o grupo foi interessante para ela poder compreender o ponto de vista dos outros e decidir se concorda ou tem suas próprias visões de mundo, demonstrando assim o quanto o grupo de pares das Oficinas possibilitaram que sua percepção de mundo pode ser desenvolvida (Esslinger & Kovacs, 2004), o que foi possível por ser um grupo inclusivo, em que os campos não se esgotam.

Outra função do grupo na adolescência, também observada nas Oficinas Psicoterapêuticas, foi o auxílio no alívio emocional e diminuição de *acting* (Almeida, 2014; Sei & Zuanazzi, 2016). Todas as adolescentes demonstraram novas formas de viverem suas angústias, não precisando recorrer mais aos cortes. Frente a isso, o Espaço Potencial, proporcionado pelos encontros, possibilitou uma experiência a ser compartilhada pelo o grupo, como apresentado por Safra (2009), facilitando o contato e resolução dos conflitos.

As Oficinas Psicoterapêuticas se configuram, portanto, de forma a acolher as aflições de cada integrante e permitir a troca do olhar, pois todos puderam ver e serem vistos pelo grupo, beneficiando-se do olhar do outro, como apresentado por Bernal (2019). Esse tipo de espaço foi de grande valor para as adolescentes participantes, uma vez que a literatura considera a autolesão uma forma de demonstrar uma pista e comunicar angústias vividas e que não podem ser verbalizadas (Bernal, 2019; Ferreira et al., 2021; Nock, 2009). Os atendimentos em grupos favoreceram um espaço de escuta e acolhimento em que as adolescentes puderam comunicar seu sofrimento por meio dos desenhos e associações trabalhados nos encontros e assim tiveram seu pedido de ajuda acolhido e suas angústias compreendidas. Após a experiência com os

grupos, as adolescentes não precisavam mais expressar em seus corpos a solidão e a súplica pelo olhar do outro, como apresentado por Bernal (2019), pois conseguiram ter esse olhar por meio da psicóloga e dos pares, que puderam reconhecer e acolhê-las.

Esse ambiente de confiança e acolhimento do gesto espontâneo permitiu que as adolescentes com comportamento autolesivo pudessem caminhar para formas mais adaptativas de expressar, enfrentar e elaborar seus conflitos, como pode ser observado pela psicóloga, pelas mães e pelas próprias pacientes. Os materiais utilizados nos encontros também foram importantes, pois seu uso acompanhado dos relatos e da compreensão que as participantes faziam das produções tiveram um efeito estruturante e organizador, aliviando as angústias e que permitiram a expressão sem palavras (Maísa sempre dizia que sua produção não precisava de explicação, pois falava por si), como se dando forma às necessidades dos campos discutidos em cada encontro.

Ao longo dos encontros, o Espaço Potencial passou a ser utilizado pelas pacientes também fora do *setting*: elas falavam de dança, música, livros e séries. Esse espaço esteve presente no discurso dos participantes em quase todos os encontros: no segundo, quando Henrique desenha as formas de se livrar das coisas que sente e coloca o uso do YouTube, TV e jogos no celular; no quarto encontro, quando Joana apresenta em sua produção a dança, como uma forma de ser feliz; no quinto encontro, Maísa e Érica falam sobre ouvir música, e Joana de brincar com o *slime* e, no décimo primeiro encontro, quando falam da música, estar com os animais e com os amigos como forma de enfrentar os sofrimentos. A música também foi presente em diferentes sessões do grupo remoto, assim como assistir a filmes, séries, ler livros e até cozinhar.

As Oficinas Psicoterapêuticas também visaram, por meio de suas técnicas, auxiliar as adolescentes no enfrentamento dos conflitos. Já no terceiro encontro, Carla deixa claro o quanto fugir dos problemas não faz com que se resolvem, apresentando a necessidade de enfrentá-los. Dado esse que foi corroborado por todos do grupo. No entanto, chama a atenção o fato de não considerarem os pais como auxílio para ajudá-los a enfrentar o sofrimento e, poucas vezes, os amigos. Falaram dos pais em poucos encontros e, na maior parte das vezes, apresentando a dificuldade de comunicação e relações conflituosas. Apenas Sabrina, que não apresentava comportamento autolesivo, falou da mãe como figura de cuidado e Érica apontou que sua mãe estava “melhor”. Neste sentido, é importante retomar que as adolescentes responderam se sentir sozinhas no CDI e, na segunda aplicação, essa resposta diminuiu, demonstrando não se sentir mais tão sós e, conforme apresentado em alguns momentos do texto, quanto melhor a relação com os pais, menor presença de sintomas depressivos (Antunes et al., 2018; Borges & Pacheco, 2018; Melo et al., 2017).



Frente ao exposto, as Oficinas Psicoterapêuticas possibilitaram um espaço de promoção de experiências mutativas. Esta experiência, conforme anunciado, muitas vezes, acontece no plano existencial, vivido na ordem do sentir e não apenas do saber (Aiello-Vaisberg, 2004a; Aiello-Vaisberg e Machado, 2003). Todas as adolescentes, exceto Michele, durante a entrevista inicial disseram que sentem que algo mudou com os grupos e que, os encontros foram bons de uma forma que não sabiam verbalizar. Michele, embora tenha apresentado vários aspectos mais adaptativos, disse não haver melhora com os encontros.

Embora as adolescentes não pudessem verbalizar como se sentem, essas mudanças foram percebidas pela observação da psicóloga-pesquisadora, pelas mães das adolescentes, por Bruna (que era amiga de sala de Maísa), no discurso das adolescentes, na redução dos sintomas de depressão e a ansiedade e por cessar a autolesão. As mudanças foram notadas, por exemplo em Joana, que, ao longo dos atendimentos, estava mais participativa, tomava a iniciativa para falar de sua produção e passou a se arrumar mais, indo maquiada após o quinto encontro. Sua mãe, assim como a de Michele, também constataram a evolução da filha, escrevendo à psicóloga para comunicar que sentiam as filhas mais comunicativas e alegres. As entrevistas devolutivas, conforme apresentado no capítulo anterior, também demonstraram o crescimento emocional e evolução nas adolescentes com comportamento autolesivo.

As experiências mutativas também foram evidentes na dinâmica das adolescentes ao longo dos encontros, podendo demonstrar desenvolvimento no campo das potencialidades das adolescentes. Ao longo dos encontros, tanto presenciais quanto remotos, as adolescentes passaram também a falar de seus sonhos, desejos, interesses e formas de lidar com os conflitos, apresentando cada vez menos o foco neles. No grupo presencial, chama atenção o fato de não usarem cores nos dois primeiros atendimentos, como se demonstrassem uma pressão maior e uma dificuldade em entrar em contato com conteúdos mais latentes; no entanto, após o terceiro encontro, todas as sessões tiveram muito uso de cores. Já no remoto, a dinâmica do grupo foi percebida a partir do sexto encontro, por optarem por apresentar coisas que gostam e figuras com as quais se identificam, como se buscassem organização para a construção da identidade.

Apesar de todo progresso observado, as entrevistas devolutivas demonstraram que as adolescentes com comportamento autolesivo ainda precisam de cuidado, acolhimento e atenção. As adolescentes se beneficiaram das Oficinas Psicoterapêuticas, pois os encontros com o grupo permitiram que pudessem explorar o Espaço Potencial por se sentirem mais confiantes em explorar seu gesto espontâneo; no entanto, precisaram de outros enquadres e mais tempo para elaborarem questões mais íntimas. Conforme Carla lamentou na entrevista devolutiva, “tem coisas que não tem como falar no grupo”.

Diante do exposto, pode-se notar que o enquadre proposto pelas Oficinas Psicoterapêuticas possibilitou a formação de um Espaço Potencial (Winnicott, 1967/1975b) para os integrantes do grupo, o que foi possível pelo *holding* fornecido pela psicóloga, pelo grupo e pelos objetos que proporcionaram um ambiente facilitador. Esses fatores criaram um ambiente onde é possível o adolescente se expressar e vivenciar suas experiências a seu tempo. Dessa forma, os participantes vivenciaram um início, no qual puderam expor seus conflitos e angústias, e em um momento posterior, quando se permitiram pensar em formas de enfrentamento, vivendo uma experiência mutativa com o grupo.

## CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve como objetivo principal: **desenvolver e apresentar a proposta de Oficinas Psicoterapêuticas em grupo como enquadre clínico diferenciado que propicie uma comunicação de experiências emocionais, reunindo adolescentes que manifestaram comportamento autolesivo**. Considerando que o foco é o Espaço Potencial, que permita o encontro dos adolescentes consigo mesmos, com os iguais e com a psicóloga, propiciando continência e sustentação ao material que emerge nesse tipo de intervenção. Dessa forma, pode-se afirmar que o objetivo foi contemplado.

Constatou-se que o uso da materialidade como forma de expressão e comunicação permitiu que as adolescentes entrassem em contato com seu gesto espontâneo, apropriando-se do Espaço Potencial oferecido pelas Oficinas Psicoterapêuticas e, assim, puderam fortalecer o uso de defesas mais adequadas, diminuindo o comportamento autolesivo. Os atendimentos também permitiram que fossem acolhidas em um grupo de pares, contribuindo para a elaboração das crises da adolescência, caminhando assim para a formação da identidade adulta. Frente a isso, pode-se ainda considerar que foram estudados os alcances da proposta interventiva das Oficinas Psicoterapêuticas (tanto em grupos presenciais como também em grupos on-line) na comunicação e elaboração de aspectos mal integrados dos participantes, permitindo ao adolescente desfrutar de seu gesto espontâneo e, assim, fortalecer o *Self* e encontrar seu papel na sociedade.

O estudo se pautou na síntese dos dados obtidos por meio do Psicodiagnóstico Compreensivo com as adolescentes com comportamento autolesivo, no processo desencadeado pelas adolescentes nos encontros das Oficinas Psicoterapêuticas e na devolução do processo. Esses processos permitiram encontrar dados que relacione o comportamento autolesivo como um comportamento relacionado aos fatores ambientais e associado à presença de sintomas depressivos e ansiosos, alcançando assim outro objetivo específico da pesquisa. Com base na proposta das Oficinas Psicoterapêuticas foi possível notar também – ao longo dos encontros e nas entrevistas devolutivas – melhora na qualidade de vida e diminuição dos sintomas de depressão e ansiedade, embora em algumas adolescentes não foi notada essa diminuição.

Como síntese, aponta-se que a primeira etapa do estudo, Psicodiagnóstico Compreensivo, identificou fatores comuns das vivências emocionais das seis adolescentes e permitiu comparar a relação entre o comportamento autolesivo com fatores familiares, pessoais e da ordem dos sintomas. Todas as adolescentes apresentaram conflitos nas relações familiares (principalmente com o pai), conflitos escolares (*bullying* ou envolvimento em brigas), demonstraram

insegurança, baixa autoestima, sentimento de solidão, presença de sintomas depressivos, de ansiedade e prejuízo na qualidade de vida. Essas circunstâncias também foram identificadas na literatura que estuda os fatores relacionados ao comportamento autolesivo, confirmando a validade dos resultados da Etapa I da pesquisa.

Os mesmos conflitos e sentimentos identificados no Psicodiagnóstico também foram observados no primeiro encontro das Oficinas Psicoterapêuticas e reverberou nas sessões seguintes. Por meio do Desenho Estória com Tema, neste dia os adolescentes passaram a falar do ambiente não suficientemente bom no qual convivem – seja em casa, na escola ou na sociedade – faltando aspectos positivos sobre a adolescência. Esse tema revela o quanto esses adolescentes se sentem incompreendidos em suas necessidades, as quais não são atendidas, levando-os a se sentirem inseguros para demonstrar seu Eu Verdadeiro, o qual precisa ser protegido pelo Falso *Self*. Nota-se que o primeiro encontro demonstra o quanto os adolescentes se sentiam julgados e pressionados pelo ambiente, desencadeando vivências emocionais repletas de angústias e precisando do *holding* proporcionado pelas Oficinas Psicoterapêuticas.

Apesar de os adolescentes inicialmente estarem defensivos com a situação grupal, a proposta de um enquadre diferenciado com o uso de materiais mediadores se revelou uma modalidade interventiva eficaz, capaz de facilitar a comunicação das angústias vivenciadas pelos adolescentes dos grupos. O uso da materialidade mediadora permitiu estabelecer um Espaço Potencial por acolher o gesto espontâneo das participantes, os quais sentiram no *holding* a confiança necessária para arriscar um movimento pessoal criativo.

Os desenhos, imagens, objetos, músicas e entres outras associações apresentadas pelos adolescentes operaram de forma transicional ao representar o paralelo entre o objeto em si e seu significado, ou seja, estando na zona intermediária entre o Eu e não-Eu. As Oficinas Psicoterapêuticas, como enquadre clínico direcionado a um trabalho grupal e à materialidade utilizada nas sessões, proporcionaram às adolescentes dos grupos a expressão de seus aspectos emocionais. As associações apresentadas pelos adolescentes favoreceram uma forma de externalizarem suas angústias, permitir entrarem em contato com suas características reais e ideias, e ao longo dos encontros também puderam encontrar formas de enfrentamento dos conflitos.

Nota-se que o enquadre grupal e o ambiente terapêutico, auxiliado pelo acolhimento do gesto espontâneo das participantes permitiram que cada membro se sentisse pertencente ao grupo e, assim, seguros para o compartilhamento de suas experiências. O aspecto inclusivo do grupo foi fundamental, pois, ao dividirem suas vivências, angústias, sentimentos e características, favoreceram o autoconhecimento, complementaridade e a compreensão do

mundo. Ademais, o *holding* oferecido ao grupo também possibilitou a compreensão de formas mais adaptativas de lidar com as angústias.

As experiências mutativas ocorreram também no campo do sentir e não do saber, como manifestado pelas próprias adolescentes. No entanto, algumas mudanças puderam ser identificadas ao longo do processo psicoterapêutico proposto. As adolescentes demonstraram maior capacidade de estar só, confiando não estarem sozinhas “mentalmente”, puderam confiar em seu Espaço Potencial, permitiram-se ser vistas pelo grupo e apresentaram cada vez menos foco nos conflitos.

Ambas as propostas psicoterapêuticas – presencial e remota – demonstraram ser eficientes para o grupo de adolescentes, em especial para as adolescentes com comportamento autolesivo. As duas formas de Oficinas Psicoterapêuticas utilizaram do *holding* como intervenção principal e proporcionaram um ambiente seguro, no qual as participantes puderam explorar seu gesto espontâneo, por meio dos objetos mediadores. Assim, tanto o grupo presencial quanto o remoto forneceram o Espaço Potencial necessário para que pudessem entrar em contato com o Eu Verdadeiro. No entanto, o grupo realizado por meio de aplicativo de videoconferência apresentou contratempos relacionados à própria tecnologia (sinal de internet e aparelho eletrônico para realizar os encontros). Quanto à diferença entre ambas as propostas, as Oficinas Psicoterapêuticas remotas demonstraram precisar de maior contorno e definição, trabalhando melhor com temas pré-definidos pelos adolescentes. Outra distinção foi o maior controle que os participantes tinham durante os encontros on-line (ao ligar ou não a câmera e o microfone), o que pode ser compreendido como uma proteção frente aos sentimentos transferenciais que podem parecer ameaçadores.

Diante do exposto, o estudo realizado por meio do Psicodiagnóstico Compreensivo, associado aos conteúdos apresentados nos encontros grupais e entrevistas devolutivas, permitiram uma maior compreensão do comportamento autolesivo. O uso de materiais mediadores durante as Oficinas Psicoterapêuticas possibilitou que o gesto espontâneo pudesse ocorrer, baseado no *holding* oferecido pelas Oficinas e, dessa forma, as adolescentes puderam encontrar um espaço onde suas aflições poderiam ser vistas, compreendidas e respeitadas, não precisando mais serem expressas no próprio corpo. Assim, a proposta do método psicoterápico desenvolvido com os grupos se notou eficaz, contribuindo para a área da Psicologia Clínica aplicada aos adolescentes que apresentam comportamento autolesivo.

Frente ao exposto, é essencial a adaptação do método psicoterapêutico apresentado para ser aplicado em diferentes equipamentos de saúde, destinados ao atendimento de adolescentes, proporcionando a esse público um Espaço Potencial que favoreça seu movimento criativo e

onde possam ser acolhidos em suas necessidades. Igualmente importante é o trabalho junto à família desses jovens, para se sentirem compreendidos, amparados e que possam ter ambientes suficientemente bons fora do *setting* e, assim, elaborar e enfrentar suas angústias e caminhar para a formação de identidade de forma saudável.

O estudo se configurou em contribuição à área em que se insere: Psicodiagnóstico, estudo e compreensão da conduta de autolesão, além da proposta interventiva desenvolvida. Mesmo tendo alcançado os objetivos, o estudo apresentou limitações no que diz respeito à necessidade de mais grupos sendo desenvolvidos, bem como a necessidade das adolescentes de continuarem o processo iniciado com êxito.

Conclui-se apontando a necessidade de desenvolvimento de projetos e programas de atenção aos adolescentes visando à promoção de saúde, ao cuidado e ao acolhimento. Por fim, destaca-se a necessidade de pesquisas que trabalhem de propostas psicoterapêuticas com o público de adolescentes que apresentem comportamento autolesivo e a ampliação de estudo das Oficinas Psicoterapêuticas em diferentes públicos.

## CAPÍTULO VII – REFERÊNCIAS<sup>10</sup>

Aberastury, A., & Knobel, M. (1981). *Adolescência normal – um enfoque psicanalítico* (S. M. G. Ballve, Trad.). Artmed.

Aberastury, A. (1983). *Adolescência*. Artes Médicas.

Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1997). Investigação de representações sociais. In W. Trinca (Org.), *Formas de investigação clínica em psicologia* (pp. 255-288). Vetor.

Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2004a). *Ser e Fazer: enquadres clínicos diferenciados na clínica Winnicottiana*. Ideias e Letras.

Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2004b). Os enquadres clínicos diferenciados e a personalização/realização transicional. In T. M. J. Aiello-Vaisberg, & F. F. Ambrósio (Orgs.), *Cadernos Ser e Fazer: O brincar* (pp. 6-17). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2006). A ética na pesquisa em debate no Brasil: reflexões sobre a pesquisa psicanalítica na universidade. In T. M. J. Aiello-Vaisberg, & F. F. Ambrósio (Orgs.), *Cadernos Ser e Fazer. Imaginários coletivos como mundos transicionais*. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2009). O uso de enquadres grupais na clínica winnicottiana. In L. S. L. P. C. Tardivo, (Org.), *Caderno de Anais VII Jornada Apoiar. Saúde Mental e Enquadres Grupais: A pesquisa e a clínica* (pp. 50-62). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2021). Investigação de representações sociais. In W. Trinca (Org.), *Formas lúdicas de investigação em psicologia: Procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimentos de Desenho de Família com Estórias* (pp. 185-210). Vetor.

Aiello-Vaisberg, T. M. J., & Machado, M. C. L. (2003). Sofrimento Humano e Estudo da “Eficácia Terapêutica” de Enquadres Clínicos Diferenciados. In T. M. J. Aiello-Vaisberg, & F. F. Ambrósio (Orgs.), *Cadernos Ser e Fazer: Apresentação e Materialidade* (pp. 6-35). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Aiello-Vaisberg, T. M. J., Machado, M. C. L., & Ambrósio, F. F. (2003). A alma, o olho e a mão: estratégias metodológicas de pesquisa na psicologia clínica social winnicottiana. In T. M. J. Aiello-Vaisberg, & F. F. Ambrósio (Orgs.), *Trajetos do sofrimento: rupturas e (re) criações de sentido. Cadernos Ser e Fazer* (pp. 6-16). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Ajuriaguerra, J. (1985). *Manual de psiquiatria infantil*. Masson Brasil.

---

<sup>10</sup> De acordo com o estilo APA (American Psychological Association)

Almeida, A. N. S. (2014). Adolescência e Psicopatologia. *Encontro: Revista de Psicologia*, 17(27). <https://revista.pgskroton.com/index.php/renc/article/view/2992>.

Almeida, J. F. P., & Dagash, N. (2019). A importância do amadurecimento emocional para o processo de reconhecimento dos adolescentes. *Revista de Direito Sociais e Políticas Públicas*, 5(2), 87-102. <https://www.indexlaw.org/index.php/revistadspp/article/view/5959>.

Almeida, A. P., & Naffah Neto, A. (2019). O sentimento de solidão na contemporaneidade: revisitando Melanie Klein. *Psicologia Revista*, 28(2), 421-442. <http://dx.doi.org/10.23925/2594-3871.2019v28i2p421-442>.

Ambrósio, F. F., Aiello-Fernandes, R., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2012). Os fundamentos do estilo clínico “Ser e Fazer”. In L. S. L. P. C. Tardivo & T. M. J. Vaisberg (Orgs.), *Caderno de Anais X Jornada Apoiar. Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social 20 anos: o percurso e o futuro* (pp. 272-280). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais: DSM-5* (5ª ed., M. N. C. Nascimento, P. H. Machado, R. M. Garcez, R. Pizzato, & S. M. M. Rosa, Trad., A. V. Cordioli, C. Kieing, C. T. B. Silva, I. C. Passos, M. T. Barcellos, Rev. técnica). Artmed.

Antunes, J., Matos, A. P., & Costa, J. J. (2018). Regulação emocional e qualidade do relacionamento com os pais como preditoras de sintomatologia depressiva em adolescentes. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 6, 52-57. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0213>

Anzieu, D. (1990). *O grupo e o inconsciente (o imaginário grupal)* (A. Fuks; H. Gurovitz, Trad., J. Fuks, Rev. técnica). Casa do Psicólogo. (Trabalho original publicado em 1975).

Arcoverde, R. L., & Soares, L. S. L. C. (2012). 3 Funções Neuropsicológicas Associadas a Condutas Autolesivas. *Revisão Integrativa de Literatura. Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 293-300. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722012000200011>.

Assumpção Jr., F. B, Kuczynski, E., Sprovieri, M. H., & Aranha, M. E. (2000). Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (AUQEI) – Validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. *Arq Neuropsiquiatr*, 58(1), 119-127. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2000000100018>.

Avellar, L. Z. (2009). A pesquisa em psicologia clínica: reflexões a partir da leitura da obra de Winnicott. *Contextos Clínicos*, 2(1), 11-17. 10.4013/ctc.2009.21.02.

Avoglia, H. R. C. (2006). *Avaliação Psicológica: a perspectiva sócio-familiar nas estratégias complementares à prática clínica infantil*. [Tese de doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo]. [www.teses.usp.br](http://www.teses.usp.br).



Baptista, M. N., & Soares, T. F. P. (2017). Revisão integrativa da ansiedade em adolescentes e instrumentos para avaliação na base Scientific Electronic Library Online. *Avaliação Psicológica*, 16(1), 97-105. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2017.1601.11>

Baptista, M. N., Hauck Filho, N., & Grendene, F. (2018). Análise via tri da Escala Baptista de Depressão infanto-juvenil e do Inventário de Depressão Infantil. *Psico*, 49(4), 339-347. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2018.4.26866>

Barbieri, V. (2010). Psicodiagnóstico Tradicional e Interventivo: confronto de paradigmas? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 505-5013. <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a13v26n3.pdf>.

Barbosa, G. A., Dias, M. R., Gaião, A. A., & Lorenzo, W. C. G. (1996). Depressão infantil: um estudo de prevalência com o CDI. *Infanto Rev Neuropsiquiatr Infanc Adolesc.*, 3(4), 36-40.

Bayma-Freire, H., & Roazzi, A. (2016). Família e qualidade de vida em adolescentes do ensino médio público. *Revista AMAzônica*, 9(17), 129-142. [https://www.researchgate.net/profile/Antonio-Roazzi-2/publication/313038731\\_Familia\\_e\\_qualidade\\_de\\_vida\\_em\\_adolescentes\\_do\\_ensino\\_medio\\_publico/links/588e5c41a6fdcc8e63cac4d3/Familia-e-qualidade-de-vida-em-adolescentes-do-ensino-medio-publico.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Antonio-Roazzi-2/publication/313038731_Familia_e_qualidade_de_vida_em_adolescentes_do_ensino_medio_publico/links/588e5c41a6fdcc8e63cac4d3/Familia-e-qualidade-de-vida-em-adolescentes-do-ensino-medio-publico.pdf).

Bernal, E. P. (2019). *Considerações psicanalíticas a respeito da automutilação* [Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo]. [www.teses.usp.br](http://www.teses.usp.br).

Bleger, J. (1998). *Temas de Psicologia: entrevista e grupos* (2ª ed., R. M. M. Moraes, Trad., L. L. Rivera, Rev. técnica). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1979).

Blos, P. (1998). *Adolescência: uma interpretação psicanalítica* (2ª ed.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1962).

Borges, L., & Pacheco, J. T. B. (2018). Sintomas depressivos, autorregulação emocional e suporte familiar: um estudo com crianças e adolescentes. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 9(3), 132-148. 10.5433/2236-6407.2018v9n3suplp132

Bortolini, E., Kirchner, R. M., Hildebrandt, L. M., Leite, M. T., & Costa, M. C. (2016). Sintomas preditivos de depressão em escolares em diferentes cenários sociodemográfico. *Revista de Enfermagem UERJ*, 21(1), 1-6. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.6680>.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. (2012). Brasília. Ministério da Saúde. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. *Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011*. (2013). Ministério da Saúde. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_vigilancia\\_violencia\\_acidentes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_vigilancia_violencia_acidentes.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016*. (2016). Ministério da Saúde. [http://www.ip.usp.br/site/wp-content/uploads/2019/09/11\\_Resolucao\\_510\\_de\\_2016.pdf](http://www.ip.usp.br/site/wp-content/uploads/2019/09/11_Resolucao_510_de_2016.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. *Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014* [recurso eletrônico]. (2017). Ministério da Saúde. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_vigilancia\\_violencia\\_acidentes\\_2013\\_2014.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencia_acidentes_2013_2014.pdf).

Breen, A. V., Lewis, S. P., & Sutherland, O. (2013): Brief Report: Non-suicidal Self-injury in the Context of Self and Identity Development. *Springer Science, 20*(1), 57-62. <https://doi.org/10.1007/s10804-013-9156-8>

Brito, M. F. S. F., Pinho, L. de, Brito, A. B., Messias, R. B., Pinho, S. de, Oliveira, A. A., Oliveira e Silva, C. S., Volker, V., & Silveira, M. F. (2019). Fatores associados ao estilo de vida de estudantes do ensino médio de escolas públicas. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 40*. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180168>

Brown, R. C., & Plener, P. L. (2017). Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Current Psychiatry Reports, 19*(20), 1-8. <http://doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9>.

Bussmann, C. E., & Pretto, B. (2017). Relato de experiência: percepção acerca do significado dos cortes no corpo do adolescente. *Destques Acadêmico, 9*(3), 168-185. <http://dx.doi.org/10.22410/issn.2176-3070.v9i3a2017.1481>.

Calligaris, C. (2014). *A adolescência*. Publifolha.

Cardoso, B. C. C. (2015). *A escarificação na adolescência: A problemática do Eu-pele a partir do método de Rorschach*. [Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília]. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/20593#:~:text=A%20escarifica%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A9%20mais%20frequente,pelas%20fun%C3%A7%C3%B5es%20do%20Eu%2DPele>.

Carneiro, C. (2018). O estudo de casos múltiplos: estratégia de pesquisa em psicanálise e educação. *Psicologia USP, 29*(2), 314-321. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420170151>.

Carvajal, G. (1993). *Adolescer – la aventura de una metamorfosis – Una visión psicoanalítica de la adolescencia*. Tiresias.

Castanho, P. C. G. (2005). *Entre línguas e afetos: uma investigação psicanalítica da língua em grupos multilíngues*. [Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo]. [www.teses.usp.br](http://www.teses.usp.br).

Castanho, P. C. G. (2018). *Uma introdução psicanalítica ao trabalho com grupos em instituições*. Linear A-barca.

Castellar, C. (1987). Gruposoterapia com Adolescentes. In. L. A. Py (Org.), *Grupo sobre Grupo* (pp. 87-97). Rocco.

Chaves, G. (2018). *Adolescência e autolesão: Psicodiagnóstico como proposta de compreensão e intervenção a partir de um caso clínico*. [Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo]. [www.teses.usp.br](http://www.teses.usp.br).

Coutinho, M. P. L. (2005). *Depressão Infantil e Representação Social*. Editora Universitária/UFPB.

Cronbach, L. J. (1996). *Fundamentos da testagem psicológica*. Artes Médicas.

Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. Casa do Psicólogo.

Damini, E. M. (2021). *A construção da identidade adolescente e o uso de redes sociais*. [Dissertação de mestrado, Universidade Metodista de São Paulo]. <http://tede.metodista.br/jspui/handle/tede/2101>.

Deutsch, H. (1983). *Problemas psicológicos da adolescência: com ênfase na formação de grupos* (3ª ed.). Zahar. (Trabalho original publicado em 1967).

Dolto, F. (1990). *Causa dos adolescentes*. Nova Fronteira.

Erikson, E. H. (1976). *Identidade, juventude e crise*. Zahar. (Trabalho original publicado em 1968).

Esslinger, I., & Kovacs, M. J. (2004). *Adolescência: vida ou morte*. Ática.

Ferreira, L. S. (2015). *Técnicas Projetivas Gráficas em adolescentes gestantes: estudo compreensivo*. [Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo]. [www.teses.usp.br](http://www.teses.usp.br).

Ferreira, L. S., Chaves, G., Tardivo, L. S. L. P. C. (2021). Autolesão na adolescência e a produção científica nacional: revisão integrativa da literatura. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 29(2), 43-53. <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v29n2p43-53>

Ferreira, M. A., Fernandes, M. C., Leandro, G. B., Rolim, A. L. G., & Andrade, M. E. (2019). Tecnologias educacionais no empoderamento do adolescente acerca da depressão. *Revista de Enfermagem*, 13(1), 275- 280. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i1a237881p275-280-2019>

Figueiredo, L. C. M. (2014). *Matrizes do pensamento psicológico*. Vozes.

Finn, S. (2017). *Pela perspectiva do Cliente. Teoria e Técnica da Avaliação Terapêutica* (C. C. Bartalotti, Trad., A. E. Villemor-Amaral, Rev. técnica). Hogrefe.

Foelsch, P. A., Odom, A., & Arena, H. (2012). Diagnóstico diferencial y tratamiento de adolescentes con psicoterapia basada en la transferencia. *Psicopatol. salud ment*, 20, 57-27. <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Foelsch-Pamela-20.pdf>.

Fonseca, P. N., Couto, R. N., Melo, C. C. V., Amorim, L. A. G., & Pessoa, V. S. A. (2018). Uso de redes sociais e solidão: evidências psicométricas de escalas. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 70(3), 198-212. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v70n3/14.pdf>

Fortes, I., & Kother, M. (2017). Automutilação na adolescência – rasuras na experiência de alteridade. *Psicogente*, 20(38), 353-367. <https://doi.org/10.17081/psico.20.38.2556>.

Freud, S. (1996). Totem e Tabu. In S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Totem e outros trabalhos (1913-1914)* (J. Salomão, Trad., Vol. XIII, pp. 11-167). Imago. (Trabalho original publicado em 1913).

Freud, S. (1996). Luto e Melancolia. In S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. História do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)* (J. Salomão, Trad., Vol. XIV, pp. 245-270). Imago. (Trabalho original publicado em 1917[1915]).

Freud, S. (1996). Psicologia de grupo e análise do Eu. In S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Além do Princípio do Prazer, Psicologia de Grupo e outros trabalhos (1920-1922)* (J. Salomão, Trad., Vol. XVIII, pp. 77-154). Imago. (Trabalho original publicado em 1921).

Freud, S. (1996). O mal-estar na civilização. In S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos (1927-1931)* (J. Salomão, Trad., Vol. XXI, pp. 75-174). Imago. (Trabalho original publicado em 1930).

Freud, S. (1996). Análise Terminável e Interminável. In S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Moisés e o Monoteísmo, Esboço de Psicanálise e outros trabalhos (1937-1939)* (J. Salomão, Trad., Vol. XXIII, pp. 223-270). Imago. (Trabalho original publicado em 1937).

Frota, A. M. M. C. (2007). Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 7(1), 147-160. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v7n1/v7n1a13.pdf>.

Gil, C. A. (2010). *Recordação e transicionalidade: a oficina de cartas, fotografias e lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos*. [Tese de doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo]. [www.teses.usp.br](http://www.teses.usp.br).

Gil, C. A., Turna, J. W., & Aiello-Vaisberg, T. M. (2008). Oficina Psicoterapêutica de cartas, fotografias e lembranças: desafios e esperança no contexto do hospital psiquiátrico. In L. S. P. C. Tardivo, & C. A. Gil (Org.), *Apoiar: novas propostas em psicologia clínica* (pp. 347-353). Savier.

Giusti, J. S. (2013). *Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo* [Tese de doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo]. [www.teses.usp.br](http://www.teses.usp.br).

Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, H. J. F., & Gaião, A. A. (1995). Inventário de Depressão Infantil – CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44, 345-349.

Grolli, V., Wagner, M. F., & Dalbosco, S. N. P. (2017). Sintomas Depressivos e de Ansiedade em Adolescentes do Ensino Médio. *Rev. Psicol. IMED*, 9(1), 87-103. 10.18256/2175-5027.2017.v9i1.2123.

Guerreiro, D. F., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos auto lesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Rev. Port. De Saúde Pública, Lisboa, Portugal*, 31(2), 204-213. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.05.001>.

Hawton, K., Saunders, K., & C O'Connor, R. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379, 23 June, 2373-2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5).

Jerónimo, A. F. C. (2013). *A rêverie no processo de transformação da puberdade à adolescência nas expressões masculina e feminina através do Rorschach* [Dissertação de mestrado, ISPA – Instituto Universitário].

Kaës, R. (2016). *As alianças inconscientes*. Ideias & Letras.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Artmed.

Kernberg, P. F., Weiner, A. S., & Bardenstein, K. K. (2003). *Transtornos de personalidade em crianças e adolescentes*. Artmed.

Kovacs, M. (1983). *The children's depression inventory: a self rated depression scale for school aged youngsters*. University of Pittsburgh.

Kovács, M. J. (2008). Comportamentos autodestrutivos e o suicídio. In M. J. Kovács (Ed.), *Morte e desenvolvimento humano* (pp. 171-194). Casa do psicólogo.

Kuperman, D. (2008) *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Civilização Brasileira.

Le Breton, D. (2010). Escarificações na adolescência: uma abordagem antropológica. *Horizontes Antropológicos*, 16(33), 25-40. <http://www.scielo.br/pdf/ha/v16n33/03.pdf>.

Levisky, D. L. (1995). *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. Artes Médicas.

Lim, K. S., Wong, C. H., McIntyre, R. S., Wang, J., Zhang, Z., Tran, B. X., Tan, W., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2019): Global Lifetime and 12-Month Prevalence of Suicidal Behavior, Deliberate Self-Harm and Non-Suicidal Self-Injury in Children and Adolescents between 1989 and 2018: A Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16(22), 1-26. 10.3390/ijerph16224581

Luyckx, K., Gandhi, A., Bijttebier, P., & Claes, L. (2015): Non-suicidal self-injury in high school students: Associations with identity processes and statuses. *Journal of Adolescence*, 41, 76-85. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.03.003>

Machover, K. (1991). Estudo de caso de adolescente: uma adolescente com problemas. In Hammer, E. F. *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos*. Interamericana. (Trabalho original publicado em 1926).

Manificat, E., & Dazord, A. (1997). Évaluation de la qualité de vie de l'enfant: validation d'un questionnaire, premiers résultats. *Neuropsychiatrie De L'enfance Et De L'adolescence*, 45(3), 106-114.

Matheus, T. C. (2008). Quando a adolescência não depende da puberdade. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 11(4), 616-625. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142008000400008>.

Matheus, T. C. (2012). Diálogos sobre a adolescência e a ameaça de exclusão dos privilegiados. *Psicologia USP*, 23(4), 721-735. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642012000400006>.

Medeiros, D. (2014). *Tabagismo e futuros profissionais da saúde: uma análise das representações sociais no Brasil e Espanha*. [Tese de doutorado, Saúde Pública da Universidade de São Paulo]. [www.teses.usp.br](http://www.teses.usp.br).

Melo, A. K., Siebra, A. I., Moreira, V. (2017). Depressão em Adolescentes: Revisão da Literatura e o Lugar da Pesquisa Fenomenológica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1), 18-34. <https://doi.org/10.1590/1982-37030001712014>

Moretto, C. C. (2013). *Experiências com grupo de adolescentes: um estudo psicanalítico*. [Tese de doutorado, PUC-Campinas]. <http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/>.

Naffah Neto, A. (2014). A adolescência com sintomas antissociais e o processo de ressocialização: Winnicott e o caso Peter. *Revista Internacional De Psicanálise Winnicottiana*, 9(2). <http://revistas.dww.com.br/index.php/We-Prints/article/view/63>.

Naffah Neto, A. (2019). Em primeira pessoa. *Revista Natureza Humana*, 21(2), 211-219. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nh/v21n2/v21n2a15.pdf>.

Nasio, J. D. (2011). *Como agir com um adolescente difícil?: um livro para pais e profissionais* (A. Telles, Trad.). Zahar.

Nock, M. K. (2009). Why Do People Hurt Themselves?: New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78-83. [10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x)

Nock, M. K., Joiner Jr, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry research*, 144(1), 65-72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>.

Normandin, L., Ensik, K., & Kernberg, O. F. (2015). TFP-A: una psicoterapia psicodinámica específica para adolescentes borderline a la luz de la neurobiología. *Psicopatol. salud ment*, 25, 75-86. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-137403>.

Ocampo, M. L. S., Arzeno, M. E. G., & Piccolo, E. G. (Orgs.). (1981). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas* (M. Felzenszwalb, Trad., L. L. Rivera, Rev. técnica). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1974).

Ogden, T. H. (2010). Sobre sustentar e conter, ser e sonhar. In T. H. Ogden, *Esta arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos* (pp. 121-137), (D. Bueno, Trad.). Artmed.

Osório, L. C. (2008). Terapias grupais derivadas de outros marcos referenciais teórico-técnico. In L. C. Osório, *Grupos terapêuticos: abordagens atuais* (pp. 37-42). Artmed.

Outeiral, J. O. (1994). *Adolescer: estudos sobre adolescência*. Artes Médicas.

Outeiral, J., & Araújo, S. M. B. (2001). Winnicott e adolescência. In J. Outeiral, S. Hisada & R. Gabriades, *Winnicott – seminários paulistas*. Casa do Psicólogo.

Penna, C., & Castanho, P. (2015). Group Analytic Psychotherapy in Brazil. *International Journal of Group Psychotherapy*, 65(4), 637-646. [10.1521/ijgp.2015.65.4.637](https://doi.org/10.1521/ijgp.2015.65.4.637).

Pereira, A. C. A. (2005). A teoria Psicossocial de Erikson e a construção da identidade. In A. C. A. Pereira, *O adolescente em desenvolvimento* (pp.57-79). Harpra.

Peuker, A. C., Habigzang, L. F., Koller, S. H., & Araujo, L. B. (2009). Avaliação de Processo e Resultado em Psicoterapias: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 439-445. <https://www.scielo.br/j/pe/a/M3QtZ8GGYzPTmbLZNzvwjZs/?lang=pt>

Pichón-Revière, E. (2005). *O processo grupal* (M. A. F. Velloso, & M. S. Gonçalves, Trad., M. S. Gonçalves, Rev. técnica). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1983).

Plener, P. L., Schumacher, T. S., Munz, L. M., & Groschwitz, R. C. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2(2). [10.1186/s40479-014-0024-3](https://doi.org/10.1186/s40479-014-0024-3)

Politzer, G. (1994). *Crítica dos fundamentos da Psicologia – A Psicologia e a Psicanálise* (3ª ed., M. Marcionilo & Y. M. C. T. Silva, Trad.). UNIMEP. (Trabalho original publicado em 1929).

Reppold, C. T., & Hutz, C. (2008). Investigação psicodiagnóstica de adolescentes: encaminhamentos, queixas e instrumentos utilizados em clínicas-escolas. *Avaliação Psicológica*, 7, 85-91. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v7n1/v7n1a11.pdf>.

Rosa, A., Loureiro L., & Siqueira, C. (2019). Literacia em saúde mental sobre depressão: um estudo com adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 21, 40-46. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0236>

Safra, G. (1999). *A face estética do self: teoria e clínica*. Unimarco.

Safra, G. (2001). Investigação em Psicanálise na universidade. *Psicologia USP*, 12(2), 171-175. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642001000200014>.

Safra, G. (2004). *A po-ética na clínica contemporânea*. Ideias e Letras.

Safra, G. (2009, 05 de maio). *O espaço potencial como método de investigação: estudo da fotografia como recurso clínico*. Edições Sobornost. CD áudio MP3.

Saiger, G. M., Rubenfeld, S., & Dluhy, M. D. (2015). Interpersonal Group Psychotherapy. *Windows into Today's Group Therapy: The National Group Psychotherapy Institute of the Washington School of Psychiatry* (pp. 115-119). Routledge.

Salles, R. J., & Tardivo, L. S. L. P. C. (2017). Contribuições do pensamento de Winnicott para a teoria e prática do psicodiagnóstico psicanalítico. *Boletim da Academia Paulista de Psicologia*, 37(93), 282-310. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v37n93/v37n93a07.pdf>.

Sanchez, C., Chaves, G. Dominguez, J., Ferreira, L. S., Alhanat, M., Sá, R. S., Tardivo, L. S. L. P. C., & Rosa, H. R. (2020, 27 de novembro). Oficinas online com adolescentes em grupo em escolas públicas. Trabalho apresentado na 18ª Jornada Apoiar. <https://www.youtube.com/watch?v=DvLxIwFjpWE&t=27261s>

Santos, M. A. (2007). Psicoterapia psicanalítica: aplicações no tratamento de pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 3(1), 1-15. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v3n1/v3n1a06.pdf>.

Schoen-Ferreira, T. H., & Aznar-Farias, M. (2010). Adolescência através dos séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 227-234. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000200004>.

Sei, M. B., & Zuanazzi, A. C. (2016). A clínica psicanalítica com adolescentes: considerações sobre a psicoterapia individual e a psicoterapia familiar. *Psic. Clin., Rio de Janeiro*, 28(2), 89-108. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v28n2/06.pdf>.

Serafini, A. J. (2016). A entrevista psicológica no psicodiagnóstico. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, C. M. Trentini & J. S. Krug (Orgs.), *Psicodiagnóstico* (pp. 80-90). Artmed.

Silveira, F. (2015). A clínica de grupo no movimento analítico brasileiro: origens. In C. C. Abud. *A subjetividade nos grupos e instituições: constituição, mediação e mudança* (pp.23-55). Chiado Brasil.



Silva, A. C., & Botti, N. C. L. (2017). Comportamento auto lesivo ao longo do ciclo vital: revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 18, 67-76. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0194>.

Simon, R. (1986). *Introdução a Psicanálise: Melanie Klein*. EPU.

Sousa, D. (2006). Investigação em psicoterapia: Contexto, questões e controvérsias Possíveis contributos da perspectiva fenomenológico existencial. *Análise Psicológica*, 3(25), 373-382. <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/177/pdf>.

Souza, M. A., Lins, A. E., Acácio, M., Costa, L. F., & Ary, M.L. (2021). Fatores associados ao comportamento autolesivo em adolescentes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil. *Research, Society and Development*, 10(11). <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19744>

Tafner, A. M. S (2013). *Oficina expressiva de desenho e pintura com crianças e adolescentes abrangidos e seu cuidador*. [Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo]. [www.teses.usp.br](http://www.teses.usp.br).

Tang, W. C., Lin, M. P., You, J., Wu, J. Y. W., & Chen, K. C., (2021) Prevalence and psychosocial risk factors of nonsuicidal self-injury among adolescents during the COVID-19 outbreak. *Curr Psychol*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01931-0>

Tardivo, L. S. P. C. et al. (2003) Propostas de atendimento. In L. S. P. C. Tardivo, *Anais, Jornada Apoiar* [Simpósio]. São Paulo, SP.

Tardivo, L. S. L. P. C. (2004). *Adolescência e sofrimento emocional: reflexões psicológicas – encontros e viagens*. [Livre-Docência, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo].

Tardivo, L. S. L. P. C. (2007a). *O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje*. Vetor.

Tardivo, L. S. L. P. C. (2007b). Psicodiagnóstico interventivo: uma proposta de ensino em atendimento clínico. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 15(2), 128-134. <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v15n2p128-134>.

Tardivo, L. S. L. P. C. (2008). Qualidade de vida e depressão em idosos de São Paulo: Estudo de validação do Teste Projetivo TAT. *Psicologia saúde & doença*.

Tardivo, L. S. L. P. C (2009). O Apoiar e os enquadres grupais. In L.S.L.P.C. Tardivo, (Org.), *Caderno de Anais VII Jornada Apoiar. Saúde Mental e Enquadres Grupais: A pesquisa e a clínica* (pp. 39-48). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Tardivo, L. S. L. P. C. (2013). O procedimento de desenhos-estórias na expressão e na compreensão de vivências emocionais. In W. Trinca, (Org.), *Formas compreensivas de investigação psicológica: procedimento de desenhos-estórias e procedimento de desenhos de família com estórias* (pp. 145-168). Vetor.

Tardivo, L. S. L. P. C., & Bonfim, T. E. (2007). Oficinas Terapêuticas de vídeo e fotos: o olhar e o ser de indígenas Guaranis do município de São Paulo. In T. M. J. Aiello-Vaisberg & V. E. Cury (Orgs.), *Jornada de Pesquisa em Psicanálise e Fenomenologia* (pp. 388-404). [Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade de Campinas].

Tardivo, L. S. L. P. C., Ferreira, L. S., Alhanat, M., Chaves, G., Rosa, H. R. Pinto Junior, A. A., & Belisario, G.O. (2019a). Self-injurious behavior in preadolescents and adolescents: self-image and depression. *Paripex – Indian Journal of research*, 8(6), 1-5. <https://www.worldwidejournals.com/paripex/article/self-injurious-behavior-in-preadolescents-and-adolescents-self-image-and-depression/MTE3MjA=?is=1>.

Tardivo, L. S. L. P. C, Rosa, H. R., Ferreira, L. S., Chaves, G. Pinto Júnior, A. A. (2019b). Autolesão em adolescentes, depressão e ansiedade: um estudo compreensivo. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 39(97), 157-169. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v39n97/a02v39n97.pdf>.

Trinca, W. (1984). Processo diagnóstico de tipo compreensivo. In W. Trinca (Org.), *Diagnóstico psicológico. A prática clínica* (pp. 14-24). EPU.

Trinca, W. (Org.) (1997). *Formas de Investigação Clínica em Psicologia – O procedimento de Desenhos-Estórias e Desenhos de Famílias com Estórias*. Vetor.

Trinca, W. (Org.) (2021) *Formas lúdicas de investigação em psicologia: Procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimentos de Desenho de Família com Estórias*. Vetor.

Turato, E. R. (2000). Introdução à Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa – Definição e Principais Características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(1), 93-108. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28720111>.

Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>.

Vélez, E., & Figueredo, L. (2015). Impacto psicosocial del embarazo en las adolescentes. *Revista Educación en Valores*, 1(23), 18-28. <http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/educacion-en-valores/v1n23/art03.pdf>.

Venosa, V. S. (2015). *O “ato de cortar-se”: uma investigação psicanalítica a partir do caso Amanda e do caso Catarina* [Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo]. [www.teses.usp.br](http://www.teses.usp.br).

Weinberg, H. (2020). Online Group Psychotherapy: Challenges and Possibilities During COVID-19-A Practice Review. *American Psychological Association*, 24(3), 201-211. <http://dx.doi.org/10.1037/gdn0000140>.

Winnicott, C., Shepherd, R., & Davis, M. (2005). *Explorações psicanalíticas* (2ª ed., J. C. A. Abreu, Trad., J. O. Outeiral, R. B. Grana, A. Kiperman & B. P. Netto, Rev. técnica). Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989).

Winnicott, D. W. (1975a). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (J. O. A. Abreu, & V. Nobre, Trad., F. A. Pereira, Rev. técnica, pp. 10-47). Imago. (Trabalho original publicado em 1951).

Winnicott, D. W. (1975b). O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (J. O. A. Abreu, & V. Nobre, Trad., F. A. Pereira, Rev. técnica, pp. 175-186). Imago. (Trabalho original publicado em 1967).

Winnicott, D. W. (1975c). A localização da experiência cultural. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (J. O. A. Abreu & V. Nobre, Trad., F. A. Pereira, Rev. técnica, pp. 152-163). Imago. (Trabalho original publicado em 1967).

Winnicott, D. W. (1975d). O Brincar: A Atividade Criativa e a Busca do Self. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (J. O. A. Abreu, & V. Nobre, Trad., F. A. Pereira, Rev. técnica, pp. 88-107). Imago. (Trabalho original publicado em 1971).

Winnicott, D. W. (1983). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação*. (I. C. S. Ortiz, Trad., pp. 152-155). Artes médicas. (Trabalho original publicado em 1962).

Winnicott, D. W. (1982). Raízes da agressividade. In D. W. Winnicott, *A criança e o seu mundo* (pp. 262-270). LTM. (Trabalho original publicado em 1964).

Winnicott, D.W. (1991).  *Holding e interpretação*. Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1972).

Winnicott, D.W. (1994). O medo do colapso. In C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis, *Explorações psicanalíticas* (J. C. A. Abreu, Trad., J. O. Outeiral, R. B. Grana, A. Kiperman & B. P. Netto, Rev. técnica, pp. 70-76). Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1962).

Winnicott, D. W. (2000a). Desenvolvimento emocional primitivo. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (D. Bogoolez, Trad., pp.218-232). Imago. (Trabalho original publicado em 1945).

Winnicott, D. W. (2000b). A preocupação materna primária. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (D. Bogoolez, Trad., pp. 399-405). Imago. (Trabalho original publicado em 1956).

Winnicott, D. W. (2002). *Privação e delinquência* (A. Cabral, Trad. M. S. M da Silva, Rev.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1987).

Winnicott, D. W. (2005a). *A família e o desenvolvimento individual*. Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1961).

Winnicott, D. W. (2005b). A imaturidade do adolescente. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 145-163). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1968).

Winnicott, D. W. (1996). *Os bebês e suas mães* (J. L. Camargo, Trad., M. H. S. Patto, Rev. técnica). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1988).

Winnicott, D. W. (2007a). A capacidade de estar só. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (I. C. S. Ortiz, Trad., pp. 31-37). Artmed. (Trabalho original publicado em 1958).

Winnicott, D. W. (2007b). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (I. C. S. Ortiz, Trad., pp. 128-139). Artmed. (Trabalho original publicado em 1960).

Winnicott, D. W. (2007d). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (I. C. S. Ortiz, Trad., pp. 225-233). Artmed. (Trabalho original publicado em 1963).

Winnicott, D. W. (2011). Adolescência. Transpondo a zona das calmarias. In D. W. Winnicott, *A família e o desenvolvimento individual* (4ª ed., pp. 115-127). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1961).

World Health Organization (1998). *WHOQOL: user manual*. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse – World Health Organization. <https://www.who.int/tools/whoqol>

Yip, H. S. (2005). A Multi-Dimensional Perspective of Adolescents' Self-Cutting. *Child and Adolescent Mental Health*, 10(2), 80-86. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2005.00122.x>

Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (2ª ed., M. Grassi, Trad., C. Damascena, Rev. técnica). Bookman.

Zetterqvist, M., Perini, I., Mayo, L. M., & Gustafsson, P. A. (2020). Nonsuicidal Self-Injury Disorder in Adolescents: Clinical Utility of the Diagnosis Using the Clinical Assessment of Nonsuicidal Self-Injury Disorder Index. *Frontiers in Psychiatry*, 11. 10.3389/fpsy.2020.00008

Zimerman, D. E. (2000). *Fundamentos Básicos das Grupoterapias*. Artmed.